

ผลของการใช้โปรแกรมป้องกันการคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร



นางสาวจิตราวรรณ คนเที่ยง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์


คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-14-2334-9

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF USING THE PREVENTIVE BREAST ENGORGEMENT PROGRAM IN  
POSTPARTAL CESAREAN DELIVERY MOTHERS



Miss Chitrawan Kontiang

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2005

ISBN 974-14-2334-9

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการใช้โปรแกรมป้องกันการคัดลอกข้อมูล  
มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร

โดย

นางสาวจิตราวรรณ คนเที่ยง

สาขา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์

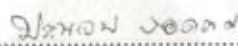
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ



คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

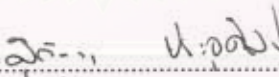
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ. หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี)



อาจารย์ที่ปรึกษา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์)



กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เอมอร์ จังศิริพรปกรณ)

สถาบันพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จิตราวรรณ คนเที่ยง : ผลของการใช้โปรแกรมป้องกันการคัดคั่งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัด  
คลอดบุตร. (THE EFFECT OF USING THE PREVENTIVE BREAST ENGORGEMENT  
PROGRAM IN POSTPARTAL CESAREAN DELIVERY MOTHERS)

อาจารย์ที่ปรึกษา : ผศ. ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์, 133 หน้า. ISBN 974-14-2334-9

การวิจัยทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมป้องกันการคัดคั่งเต้านม  
ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรครั้งแรก จำนวน 40 คน  
แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน โดยจับคู่ในด้านขนาดของเต้านม กลุ่มทดลองได้รับ  
โปรแกรมป้องกันการคัดคั่งเต้านม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย  
คือ โปรแกรมป้องกันการคัดคั่งเต้านม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของ  
Bandura (1997) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินอาการและอาการแสดงของการ  
คัดคั่งเต้านม วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้  
ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบ  
ค่าที (t-test statistic)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

อาการและอาการแสดงของการคัดคั่งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรม  
ป้องกันการคัดคั่งเต้านมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สาขาวิชา.....พยาบาลศาสตร์..... ลายมือชื่อนิสิต.....จิตราวรรณ คนเที่ยง.....  
ปีการศึกษา.....2548.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....สุกัญญา ประจุศิลป์.....

## 4777564136 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEY WORD: PREVENTIVE BREAST ENGORGEMENT/ CESAREAN DELIVERY MOTHERS

CHITRAWAN KONTIANG : THE EFFECT OF USING THE PREVENTIVE BREAST  
ENGORGEMENT PROGRAM IN POSTPARTAL CESAREAN DELIVERY MOTHERS.

THESIS ADVISOR : ASST.PROF. SUKUNYA PRACHUSILPA, DNSc., 133 pp.

ISBN 974-14-2334-9

The purposes of the quasi-experimental study was to test effectiveness of the preventive breast engorgement program in postpartal cesarean delivery mothers. Participants were 40 patients who were assigned to experimental and control groups of 20 patients each. Groups were matched by size of breast. The experimental group received the preventive breast engorgement program, while the control group received routine nursing care. The research instrument was developed by investigator and guided by the self-efficacy theory of Bandura (1997). The instrument for collection data was the Clinical Signs and Symptoms of Engorgement Questionnaire. The reliability by Cronbach' s alpha coefficient was .82. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation and t-test statistic.

Major findings were as follows:

Signs and symptoms of breast engorgement in postpartal cesarean delivery mothers in the experimental group who received the preventive breast engorgement program was significantly lower than those who received routine nursing care ( $p < .05$ ).

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Field of study.....Nursing Science..... Student's signature..... Chitrawan Kontiang.....  
Academic year.....2005..... Advisor's signature..... Sukunya Prachusilpa.....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอย่างดียิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุกัญญา ประจุศิลป์ ที่ได้กรุณาให้ข้อคิด คำปรึกษา คำแนะนำอันมีคุณค่า ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตา เอาใจใส่และให้กำลังใจเสมอมา อีกทั้งเป็นแบบอย่างของความ เป็นครูที่ดีมาโดยตลอด ซึ่งผู้วิจัยซาบซึ้งและประทับใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ประนอม รอดคำดี ประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เอมอร จังศิริพรปกรณ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณา ให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้สถิติที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ และชี้แนะแนวทางการเรียนรู้ที่มีคุณค่ายิ่งแก่ผู้วิจัย ตลอดระยะเวลาของการศึกษา

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้สละเวลาและกรุณาให้ข้อเสนอแนะ และข้อคิดเห็น อันทรงคุณค่าในการปรับปรุง แก้ไขเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้อำนวยการ หัวหน้า กลุ่มงานพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม หัวหน้าหอหน่วยทารกแรกเกิด และเจ้าหน้าที่ ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการทำวิจัยเป็น อย่างดี และขอขอบคุณมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยเป็นอย่างดี รวมทั้งขอขอบคุณคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย บัณฑิตวิทยาลัย และขอบคุณพี่ๆ ที่ทำงาน พี่ๆ เพื่อนๆ และน้องๆ ร่วมรุ่นทุกท่านที่ได้ให้กำลังใจและช่วยเหลือในการทำวิจัยด้วยดี เสมอมา

ท้ายสุดขอกราบขอบพระคุณนายสงค์ และนางลดาวัลย์ คนเที่ยง บิดามารดาที่ให้ความรัก ความห่วงใย และเป็นแรงผลักดันและสนับสนุนในทุกๆ ด้าน ให้แก่ผู้วิจัยตลอดมา ขอขอบคุณ น้องสาวอันเป็นที่รัก คือ นางสาวตรีชฎา และนางสาวสุภวรรณ คนเที่ยง ที่คอยเป็นกำลังใจ ห่วงใย และช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน เป็นอย่างดีตลอดเวลา

# สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
สารบัญแผนภูมิ.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	3
แนวคิดเหตุผลและสมมติฐาน.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	7
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	7
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร.....	11
การคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร.....	22
กิจกรรมพยาบาลในการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร เพื่อป้องกันการคัดตั้งเต้านม.....	30
แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง.....	35
การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการคัดตั้งเต้านม ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร.....	43
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	56
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	57

การดำเนินการทดลอง.....	72
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	78
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	79
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	80
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	85
สรุปผลการวิจัย.....	87
อภิปรายผลการวิจัย.....	87
ข้อเสนอแนะ.....	94
รายการอ้างอิง.....	97
ภาคผนวก.....	107
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	108
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	110
ภาคผนวก ค ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย.....	114
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	
ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	122
ภาคผนวก จ รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล.....	126
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	133



## สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1 การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกายหลังผ่าตัด	19
2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้.....	81
3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอาการและอาการแสดงของการคัดตึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	83



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิ	หน้า
1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในตัวบุคคล (P) สภาพแวดล้อม (E) และพฤติกรรม (B) ในการกำหนดซึ่งกันและกัน.....	36
2 แสดงความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไข และความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น.....	37



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ระยะหลังคลอดเป็นระยะเวลาตั้งแต่แรกคลอดจนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด (ปราณี พงศ์ไพบูลย์, 2546) เป็นช่วงเวลาที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะปกติ เช่น การเข้าอู่ของมดลูก การกลับคืนสู่ภาวะปกติของช่องคลอด และ การสร้างน้ำนม หรือการเริ่มมีน้ำนมให้ทารก เป็นต้น (Pillitteri, 1992) ในระยะหลังคลอดเต้านมจะสร้างน้ำนมและหลังน้ำนมออกมาเพื่อเป็นอาหารแก่ทารก ซึ่งต้องเกิดความสมดุลระหว่างการสร้างน้ำนมและการระบายน้ำนมออกมา หากเกิดการไม่สมดุลของกระบวนการนี้ โดยเฉพาะมีการสร้างน้ำนมมากกว่าการระบายน้ำนม จะส่งผลให้เกิดการคัดตึงเต้านม (Breast engorgement) (Robson, 1990) ซึ่งหากปล่อยไว้จากการคัดตึงเต้านมในระดับปกติ จะพัฒนาเป็นการคัดตึงเต้านมในระดับที่รุนแรง จากการศึกษาการเกิดการคัดตึงเต้านมในมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า มารดาที่คลอดบุตรด้วยการผ่าตัดทางหน้าท้องจำนวน 152 ราย มี 88 รายที่มีการพัฒนาระดับการคัดตึงเต้านมในระดับที่รุนแรงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 58 (Robson, 1990) ดังนั้นมารดาที่คลอดบุตรด้วยการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง มีโอกาสเกิดความไม่สมดุลของการสร้างน้ำนมและการระบายน้ำนมในเต้านมได้สูง โดยในระยะหลังคลอดร่างกายจะมีกระบวนการสร้างน้ำนมภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดบุตร (Serenio and Navarrete, 1994) และจะสร้างน้ำนมจนมีหัวน้ำนม (Colostrum) เต็มเต้านมใน 30 ชั่วโมงหลังคลอด (Walker, 1997) ดังนั้นการป้องกันการคัดตึงเต้านมต้องมีการระบายน้ำนมออกมาก่อน 30 ชั่วโมงหลังคลอด แต่มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง จะสามารถถูกจากเตียง ช่วยเหลือตนเอง และมีสภาพร่างกายพร้อมที่จะเลี้ยงดูทารกจะใช้ถึงเวลา 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัด (Davis and Rubin, 1966 อ้างถึงใน ปฐมพร เดี่ยวทิพย์สุคนธ์ และคณะ, 2539) ทำให้การเริ่มต้นให้ทารกดูดกระตุ้น เพื่อสร้างน้ำนมและระบายน้ำนมออกจากเต้านมล่าช้า ส่งผลให้เกิดการคัดตึงเต้านมได้ นอกจากนี้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรยังมีการให้สารละลายทางหลอดเลือดดำ ซึ่งทำให้มารดาไม่สามารถอุ้มทารกดูนมมารดา และมารดายังกังวลว่าการอุ้มทารกจะกระทบกระเทือนแผลผ่าตัด ทำให้ไม่ต้องการที่จะอุ้มทารกในท่าที่ใกล้ชิดแผลผ่าตัด (Smith, 2000) ส่งผลให้การได้รับการกระตุ้นการดูดนมของทารก เพื่อส่งเสริมการไหลของน้ำนมล่าช้า ทำให้เกิดการคัดตึงเต้านมได้ ดังนั้นมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรจึงเสี่ยงที่จะต้องเผชิญกับการคัดตึงเต้านมในระยะหลังคลอด ซึ่ง Blaikey et al. (1953) กล่าวว่า การเกิดการคัดตึงเต้านมในระดับรุนแรง สามารถลดลงได้ ถ้ามีการป้องกันตั้งแต่ระยะเริ่มแรกหลังคลอด และ Robson

(1990: 7) กล่าวว่า การป้องกันการคัดติงเต้านมในระยะแรกหลังคลอดคือ ตั้งแต่การคัดติงเต้านมปกติ หรือระดับเล็กน้อย ซึ่งสามารถยับยั้งไม่ให้เกิดการคัดติงเต้านมในระดับรุนแรงได้

ผลกระทบที่เกิดกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรอันมีสาเหตุมาจากการคัดติงเต้านม มีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ทางด้านร่างกายมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรจะเกิดความรู้สึกเจ็บปวด ทุกข์ทรมานในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เพราะอาการและอาการแสดงของการคัดติงเต้านมนั้น เต้านมจะบวม มีลักษณะขยายใหญ่ แข็งตึงใส (ศรีนวล โอสถเสถียร, 2541: 110) ปวดแสบปวดร้อนบริเวณผิวหนัง ผิวหนังสีแดงคล้ำจะรู้สึกร้อน คล้ายลักษณะอาการอักเสบ (Cohen, Kenner, and Hollingsworth, 1991: 1054) ถ้ามีอาการรุนแรงทำให้ลานนมเป่งแข็งขึ้น หัวนมถูกรังจนสั้นลงยิ่งทำให้ทารกอมหัวนมได้ยาก (ปราณี พงศ์ไพบูลย์, 2546) คลำดูในเต้านมจะมีลักษณะแข็งเป็นไต (Auvenshine and Enriquez, 1990: 487) อาจทำให้มีไข้ได้ (สมพล พงศ์ไทย, 2531) ซึ่งหากไม่มีการป้องกันการคัดติงเต้านมในระดับปกติ หรือในระดับเล็กน้อย ก็สามารถพัฒนาไปเป็นการคัดติงเต้านมในระดับที่รุนแรง จนส่งผลให้ทารกอมหัวนมได้ยาก ทำให้การดูดนมผิดวิธี เป็นเหตุให้เกิด หัวนมแตก (Cracked nipples) และเกิดหัวนมเป็นแผล (Sore nipples) (Pillitteri, 1985; Ziemer and Pigeon, 1993; Hill and Humenick, 1994) อีกทั้งการคัดติงเต้านมในระดับที่รุนแรงนั้น ทำให้ขัดขวางการไหลของน้ำนม การระบายน้ำนมออกจากเต้านมล้มเหลว เกิดน้ำนมคั่งค้างในเต้านม หากเกิดร่วมกับการมีหัวนมแตกและหัวนมเป็นแผล จะทำให้เป็นทางเข้าของเชื้อโรค ส่งผลให้เกิดเต้านมติดเชื้อ กลายเป็นเต้านมอักเสบ (Mastitis) (LaCerva, 1981; Helsing and Savage, 1982; Llewellyn-Jones, 1983; WHO, 2000) และบางครั้งพบว่ารุนแรงจนเต้านมเป็นหนอง (Breast Abscess) (Riordan, 1985) ส่วนผลกระทบด้านจิตใจ ทำให้มารดาหลังคลอดบุตรเกิดความวิตกกังวลในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จากการศึกษาของ Gartner et al. (2005) พบว่า ปัญหาการคัดติงเต้านมส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และเป็นสาเหตุให้เกิดความเครียดและความวิตกกังวลแก่มารดา อีกทั้งการเพิ่มขึ้นของระดับความเครียดในมารดาหลังคลอดบุตรทำให้การหลั่งน้ำนมลดลง (Morgan and Cabezas, 1990) และการหดตัวของมดลูกลดน้อยลง (Holmes and Magiera, 1987) นอกจากนั้นยังมีผลต่อเลทดาวนรีเฟล็กซ์ (Letdown reflex) ทำให้มีการกระตุ้นการหลั่งออกซิโตซิน (Oxytocin) ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ทำให้เกิดการบีบรัดตัวของกล้ามเนื้อรอบๆ ต่อมน้ำนมและทำให้มีการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกลดน้อยลง ซึ่งอาจทำให้มีการตกเลือดหลังคลอดหรือทำให้มดลูกกลับเข้าสู่สภาพเดิมได้ช้าลง (Ingalls and Salerna, 1987: 215-217) นอกจากนี้การคัดติงเต้านมนั้นเป็นประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดมารดาเกิดความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ลดลง ซึ่งจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประสบการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า การเกิดการคัดติงเต้านมสัมพันธ์กับการลดลงของคะแนนความพึงพอใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Cooke, Sheehan, and Schmied, 2003) และเมื่อมีความพึงพอใจลดลงแล้วระยะเวลาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก็จะลดลงด้วย (Rojjanasrirat, 2000)

ผลกระทบที่เกิดกับทารกจากการที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดการคัดตั้งเต้านม คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรจะมีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ไม่ต่อเนื่อง เนื่องจากการเจ็บปวด ทรมาน จากการคัดตั้งเต้านม ก่อให้เกิดการที่อ้อยอิ่งหมกมุ่นใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรมีความรู้สึกว่าจะไม่มีความสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ และเมื่อมารดาไม่สามารถผ่านอุปสรรคนี้ได้ การที่จะประสบผลสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงเป็นเรื่องที่ยาก ทำให้มารดาหันไปเลี้ยงลูกด้วยนมผสมแทน (Neifert, 1983) ส่งผลให้ทารกก็จะไม่ได้รับการเลี้ยงดูด้วยนมแม่ ได้รับผลทางลบต่อการเจริญเติบโตพัฒนาการทางร่างกายและสมอง (ภัทรพร อรัณยภาค, 2544) เพราะน้ำนมแม่เป็นอาหารที่เหมาะสมที่สุดสำหรับทารก มีสารอาหารครบถ้วน มีภูมิคุ้มกันและสารต่อต้านเชื้อโรค มีความเหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของทารก

ฉะนั้นการที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เกิดการล่าช้าในการส่งเสริมการไหลของน้ำนมและระบายน้ำนม โดยมีการเริ่มต้นให้ทารกดูดนมมารดาในระยะ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตรนั้น ส่งผลให้เกิดการคัดตั้งเต้านมได้ การให้การพยาบาลในปัจจุบันจึงต้องปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพให้เน้นการส่งเสริมสุขภาพโดยให้ความสำคัญกับการป้องกันการเกิดการคัดตั้งเต้านม เพื่อป้องกันมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรไม่ให้เกิดการคัดตั้งเต้านม อีกทั้งการให้ความรู้เพียงอย่างเดียวนั้นไม่สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้ (Lipetz, et al., 1990) ดังนั้นการจัดกิจกรรมให้เกิดทักษะในการป้องกันการคัดตั้งเต้านม จะทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรสามารถพึ่งตนเอง ได้รับความรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ ด้วยเหตุผลดังที่กล่าวมา ผู้วิจัยเห็นว่าการพัฒนาโปรแกรมป้องกันการคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้ คำแนะนำ และฝึกทักษะแก่มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกี่ยวกับการป้องกันการคัดตั้งเต้านม โดยนำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ Bandura (1997) ซึ่งเป็นการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองจากการประกอบกิจกรรมที่กำหนด ภายใต้สถานการณ์ที่เฉพาะร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันการคัดตั้งของเต้านม (Robson, 1990) มาใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมป้องกันการคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร เพื่อให้เกิดการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการเกิดปัญหา และไม่มีอาการและอาการแสดงของการคัดตั้งเต้านม ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบอาการและอาการแสดงของการคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการคัดตั้งเต้านมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## แนวคิดเหตุผลและสมมติฐาน

การคัดตึงเต้านม (Breast engorgement) เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ เมื่ออัตราการสร้างน้ำนมมากกว่าอัตราการระบายน้ำนมออกจากเต้านม เมื่อกระบวนการสร้างน้ำนมยาวนาน เกิดการคั่งค้าง ทำให้เนื้อเยื่อในเต้านมเกิดการเปลี่ยนแปลง หากสามารถระบายน้ำนมออกมาให้ทารกได้รับในสัปดาห์แรกหลังคลอดได้อย่างสมดุล ก็จะไม่เกิดการคัดตึงเต้านมในระดับที่รุนแรง (Waller, 1946 อ้างถึงใน Robson, 1990; Wood and Walker-Smith, 1981) ระดับของการคัดตึงเต้านม มี 4 ระดับ (Waller, 1946 อ้างถึงใน Robson, 1990) คือ 1. ระดับปกติ (Normal หรือ no increase in tension) 2. การคัดตึงเต้านมเล็กน้อย (Mild degree of congestion หรือ overload) 3. การคัดตึงเต้านมมาก (Greater degree of engorgement หรือ engorgement) 4. การคัดตึงเต้านมอย่างรุนแรง (Most severe degree of engorgement หรือ obstruction outflow) ในระยะหลังคลอด มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเสี่ยงที่จะเกิดการคัดตึงเต้านมได้ในสัปดาห์แรกหลังคลอดตามกระบวนการธรรมชาติ แต่การคัดตึงเต้านมในระดับปกติ หรือในระดับเล็กน้อย สามารถพัฒนาไปเป็นการคัดตึงเต้านมในระดับที่รุนแรงได้ ถ้าหากไม่มีการป้องกันการคัดตึงเต้านม Robson (1990: 7) กล่าวว่า หลักการป้องกันการคัดตึงเต้านม จะต้องการป้องกันการคัดตึงเต้านมตั้งแต่วินาทีแรกหลังคลอด ตั้งแต่ระดับปกติ หรือระดับเล็กน้อย ก่อนที่จะพัฒนาไปสู่ระดับรุนแรงตั้งแต่วินาทีแรกหลังคลอด ดังนั้นมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรจำเป็นต้องมีการป้องกันการคัดตึงเต้านม เพื่อป้องกันการพัฒนาระดับการคัดตึงเต้านมไปสู่ระดับที่รุนแรง

การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพ (Strecher, 1986; Schwarzer and Fuch, 1995; อ้างถึงใน ทศนี ประสพกิตติคุณ, 2544: 8) และเป็นตัวทำนายการคงอยู่และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Holloway and Watson, 2002: 108) การที่บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เชื่อมั่นว่าตนเองทำได้จะส่งผลให้ระดับความเครียดในการทำกิจกรรมต่างๆลดลง ดังนั้นการที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเสี่ยงที่จะต้องประสบปัญหาการคัดตึงเต้านมในระยะหลังคลอด และอาจพัฒนาการคัดตึงเต้านมไปสู่ระดับที่รุนแรง หากมีการส่งเสริมให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร มีการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการคัดตึงเต้านมได้เพิ่มขึ้น จะทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรมีการคัดตึงเต้านมลดลง

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ของ Bandura (1997) ได้เสนอแนวคิดว่าคุณคนจะแสดงพฤติกรรมใดๆ หรือไม่นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย 2 ประการ คือ ความคาดหวังผลลัพธ์ในการกระทำ หมายถึง บุคคลจะคาดหวังว่าตนมีความสามารถเพียงพอที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมหรือปรับตัวสู่บทบาทใหม่เมื่อบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง และปัจจัยอีกประการ คือ การรับรู้ความสามารถของตนเองซึ่งเป็นปัจจัยที่จะนำไปสู่การปฏิบัติจริงเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้

สำหรับกิจกรรมการป้องกันการคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ตามแนวคิดของ Bandura (1997) สามารถกระทำได้โดยการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูลต่างๆ ได้แก่ การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ เนื่องจากการเรียนรู้จากข้อมูลทั้ง 4 แหล่งโดยผ่านกระบวนการทางปัญญาสามารถทำให้คนเราคัดสินใจได้ว่าตนเองมีความสามารถในกิจกรรมที่กำหนดมากเพียงไร บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีผลต่อพฤติกรรม โดยทำให้คนนั้นตัดสินใจลงมือกระทำยิ่งกว่านั้น จะทุ่มเทความพยายามมากขึ้น เพื่อบรรลุผลที่คาดหวังไว้ และเมื่อเกิดอุปสรรคใดๆ ก็ไม่เกิดความย่อท้อง่าย ๆ แต่จะยังคงเพียรพยายามที่จะดำเนินพฤติกรรมนั้นต่อไป ในการศึกษาครั้งนี้ผู้เข้าร่วมการวิจัยต้องมีการเรียนรู้ในระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อป้องกันการคัดตั้งเต้านม ซึ่งประกอบด้วย การคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร, การส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม, การนําน้ำนมที่เหลือค้างออกจากเต้านม (Robson, 1990)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจัดให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเกิดการเรียนรู้การเตรียมตัวเพื่อป้องกันการคัดตั้งเต้านม โดยการจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล ดังนี้คือ

1) การได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง โดยการใช้คำพูดชี้แจง อธิบายให้ความรู้ คำแนะนำ และการกระตุ้นชักชวนให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเชื่อว่าตนมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการป้องกันการคัดตั้งเต้านม โดยมีกิจกรรมดังนี้ 1) การให้ความรู้โดยการสอนเป็นรายบุคคลประกอบสื่อการสอน เรื่อง 1.1 การคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร การเปลี่ยนแปลงของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ส่งผลต่อการคัดตั้งเต้านม ความหมายของการคัดตั้งเต้านม อาการและอาการแสดง สาเหตุ ระยะเวลาที่พบอาการ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคัดตั้งเต้านม และ การประเมินลักษณะของการเริ่มการคัดตั้งเต้านม 1.2 การส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม 1.3 การนําน้ำนมที่เหลือค้างออกจากเต้านม มีเนื้อหาเกี่ยวกับ วิธีการนําน้ำนมที่เหลือค้างออกจากเต้านม 2) การกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยการกล่าวสนับสนุน ให้กำลังใจ กระตุ้นให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และเสริมแรงใจโดยการกล่าวคำชื่นชมเมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรปฏิบัติได้ถูกต้อง

2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยการจัดให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้เห็น และสังเกตการกระทำของตัวแบบ หรือประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการป้องกันการคัดตั้งเต้านม โดยมีกิจกรรมดังนี้ คือ การสังเกตวิธีการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการคัดตั้งเต้านมผ่านการสาธิตจากผู้วิจัย การสังเกตตัวแบบผ่านภาพพลิกประกอบการสอน และการ

หนังสือคู่มือ เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดการเรียนรู้ทางอ้อม และเกิดความคิดคล้อยตามว่าผู้อื่นทำได้ตนก็น่าจะทำได้ถ้าตั้งใจและพยายาม

3) การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง โดยการให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้มีประสบการณ์ตรงจากการลองทำ และทำได้สำเร็จด้วยตนเองในการป้องกันการคัดติงเต้านม โดยกระทำผ่านวิธีการฝึกทักษะ ประกอบด้วยกิจกรรมการฝึกทักษะดังนี้ คือ การประเมินลักษณะของการเริ่มการคัดติงเต้านม, วิธีการส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม, วิธีการนำน้ำนมที่เหลือค้างออกจากเต้านม เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้รับผลสำเร็จจากการฝึกทำให้เกิดความรู้สึกประสบความสำเร็จในกิจกรรม เกิดความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถ และมีความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมป้องกันการคัดติงเต้านมได้

4) การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดการรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง และแสดงถึงความสามารถในการกระทำพฤติกรรมป้องกันการคัดติงเต้านมได้เหมาะสม มีอาการและอาการแสดงของการคัดติงเต้านมลดลง ซึ่งมีกิจกรรมดังนี้คือ 1) การสนับสนุนทางร่างกาย โดยการซักถามอาการและประเมินสภาพทั่วไปของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร และเตรียมร่างกายมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรให้พร้อมก่อนการดำเนินกิจกรรม 2) การสนับสนุนทางอารมณ์ มีการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวล โดยมีการจัดสถานที่ให้เหมาะสม และมีบรรยากาศที่ผ่อนคลาย มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เปิดโอกาสให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้ซักถามและกระตุ้นให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรพูดคุยระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการป้องกันการคัดติงเต้านม โดยผู้วิจัยรับฟังและให้คำปรึกษาชี้แนะแนวทางแก้ไขตามปัญหาตามความเหมาะสมและให้กำลังใจ เนื่องจากการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองจะเกิดผลดีถ้าหากสภาพร่างกายและอารมณ์ อยู่ในภาวะผ่อนคลายไม่ตึงเครียดหรือวิตกกังวล

การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการคิดที่จะช่วยสร้างพลังให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่า “ฉันทำได้” เป็นตัวเชื่อมระหว่างการเรียนรู้และการกระทำ (Moore, 1990: 22-23) จากแนวคิดดังกล่าว โปรแกรมป้องกันการคัดติงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรจะทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมตัวเพื่อป้องกันการคัดติงเต้านม มีความมั่นใจสูงขึ้น มีความอดทน อุทิศสหายพยายาม มีความกระตือรือร้น และมีแรงจูงใจ ที่จะให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรมีการคัดติงเต้านมลดลง

จากแนวเหตุผลที่กล่าวมาแล้วข้างต้นผู้วิจัยจึงได้ตั้งสมมติฐานดังต่อไปนี้

อาการและอาการแสดงของการคัดติงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการคัดติงเต้านมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



## ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมป้องกันการกัดตึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร

### ประชากรสำหรับการศึกษานี้

คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรครั้งแรก อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี บริบูรณ์

### ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมป้องกันการกัดตึงเต้านม

ตัวแปรตาม คือ อาการและอาการแสดงของการกัดตึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**โปรแกรมป้องกันการกัดตึงเต้านม** หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) เพื่อส่งเสริมให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการกัดตึงเต้านมสูงขึ้น โดยจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคล รวมทั้ง 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30-45 นาที ตั้งแต่ 12 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอดบุตร 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอดบุตร 48 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอดบุตร 72 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอดบุตร ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้

1. การได้รับคำแนะนำและการใช้คำพูดชักจูง โดยการใช้คำพูดชี้แจง อธิบายให้มีความรู้ คำแนะนำ และการกระตุ้นชักชวนให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเชื่อว่าตนมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมป้องกันการกัดตึงเต้านมได้ โดยมีกิจกรรมดังนี้ คือ

### 1.1 การให้ความรู้โดยการสอนเป็นรายบุคคลประกอบสื่อการสอน (ภาพพลิก)

1) เรื่องการกัดตึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร การเปลี่ยนแปลงของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ส่งผลต่อการกัดตึงเต้านม ความหมายของการกัดตึงเต้านม อาการและอาการแสดง สาเหตุ ระยะเวลาที่พบอาการ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการกัดตึงเต้านม และ การประเมินลักษณะของการเริ่มการกัดตึงเต้านม 2) เรื่องการส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม 3) เรื่องการนำน้ำนมที่เหลือค้างออกจากเต้านม มีเนื้อหาเกี่ยวกับ วิธีการนำน้ำนมที่เหลือค้างออกจากเต้านม

1.2 การกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยการกล่าวสนับสนุน ให้กำลังใจ กระตุ้นให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และเสริมแรงเชิงใจเมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรปฏิบัติได้ถูกต้อง

2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยการจัดให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้เห็นและสังเกตการกระทำของตัวแบบ หรือประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการป้องกันการคัดติงเต้านม โดยมีกิจกรรมดังนี้ คือ การสังเกตวิธีการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการคัดติงเต้านมผ่านการสาธิตจากผู้วิจัย การสังเกตภาพพลิกประกอบการสอน และหนังสือคู่มือ

3. การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง โดยการจัดให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้มีประสบการณ์ตรงจากการลงมือ และทำได้สำเร็จด้วยตนเองในการป้องกันการคัดติงเต้านม โดยกระทำผ่านวิธีการฝึกทักษะ ประกอบด้วยกิจกรรมการฝึกทักษะดังนี้ คือ

3.1 การคัดติงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ได้แก่ การประเมินลักษณะของการเริ่มการคัดติงเต้านม

3.2 การส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม ได้แก่ การใช้ความร้อน การนวดเต้านม การให้ทารกดูดนมมารดาอย่างมีประสิทธิภาพ และการอุ้มทารกดูดนมมารดา

3.3 การนำน้ำนมที่เหลือค้างออกจากเต้านม ได้แก่ การบีบน้ำนม

4. การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดการรับรู้ถึงความสามารถในการป้องกันการคัดติงเต้านมสูงขึ้น และแสดงออกถึงความสามารถในการกระทำพฤติกรรมป้องกันการคัดติงเต้านมได้เหมาะสม มีอาการและอาการแสดงของการคัดติงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรลดลง ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้ คือ

4.1 การสนับสนุนทางร่างกาย โดยการซักถามอาการและประเมินสภาพทั่วไปของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร และเตรียมร่างกายมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรให้พร้อมก่อนการดำเนินกิจกรรม

4.2 การสนับสนุนทางอารมณ์ มีการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรครั้งแรกเพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวล โดยมีการจัดสถานที่ให้เหมาะสม และมีบรรยากาศที่ผ่อนคลาย มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เปิดโอกาสให้ซักถามและกระตุ้นให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรพูดคุยระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการป้องกันการคัดติงเต้านม

**อาการและอาการแสดงของการคัดติงเต้านม** หมายถึง การรายงานตนเองของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของการคัดติงเต้านม โดยอาการและอาการแสดงของการคัดติงเต้านมนั้นจะแสดงออกโดยเกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย เจ็บปวด การบวมของเต้านม การกั่งค้างของเลือดและน้ำเหลือง และการบวมของช่องว่างระหว่างเซลล์ในเต้านมแต่ไม่มีผลทำให้เต้านมเกิดการชอกช้ำหรือบาดเจ็บ อาการและอาการแสดงของการคัดติงเต้านมมีตั้งแต่ไม่เกิดอาการเลย ถึงเกิดอาการอย่างรุนแรง ในการวิจัยครั้งนี้จะใช้แบบประเมินอาการและอาการแสดงของการคัดติง

เต้านม (CSSE: Clinical Signs and Symptoms of Engorgement Questionnaire) สร้างขึ้นโดย Robson (1990: 124) ดัดแปลงมาใช้เป็นแบบประเมินอาการและอาการแสดงของการคัดเต้านมของมารดา หลังผ่าตัดคลอดบุตร

**มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร** หมายถึง หญิงที่อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีบริบูรณ์ ที่คลอดบุตรเป็นครั้งแรกด้วยวิธีผ่าตัดทางหน้าท้อง

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่มารับบริการที่แผนกหลังคลอด ประกอบด้วย คำแนะนำเรื่องการอุ้มให้ทารกคนนมมารดา การคัดเต้านม การใช้ความร้อน การนวดเต้านม การบีบน้ำนม โดยพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกทารกแรกเกิด ตามอาการและความพร้อมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร

**ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. สามารถนำผลการวิจัย เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการป้องกันการคัดเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร
2. สามารถนำผลการวิจัยเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมพยาบาลเพื่อช่วยลดอาการและอาการแสดงของการคัดเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร
3. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการคัดเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมป้องกันการคัดติงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร
  - 1.1 ความหมายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร
  - 1.2 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร
  - 1.3 การเปลี่ยนแปลงของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ส่งผลต่อการคัดติงเต้านม
2. การคัดติงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร
  - 2.1 ความหมายของการคัดติงเต้านม
  - 2.2 ลักษณะของการคัดติงเต้านม
  - 2.3 สาเหตุของการคัดติงเต้านม
  - 2.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคัดติงเต้านม
  - 2.5 ระยะเวลาที่พบการคัดติงเต้านม
  - 2.6 พยาธิสรีรวิทยาและกลไกการคัดติงเต้านม
  - 2.7 ระดับของการคัดติงเต้านม
  - 2.8 การประเมินการคัดติงเต้านม
3. กิจกรรมพยาบาลในการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเพื่อป้องกันการคัดติงเต้านม
4. แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง
  - 4.1 ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเอง
  - 4.2 อิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนเอง
  - 4.3 วิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง
  - 4.4 การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง
5. การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการคัดติงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร
  - 5.1 การได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง
  - 5.2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น
  - 5.3 การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง
  - 5.4 การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

6.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการคัดตั้งเต้านม

### 1. แนวคิดเกี่ยวกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร

#### 1.1 ความหมายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร

มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร หมายถึง หญิงระยะหลังคลอดที่คลอดบุตรด้วยการผ่าท้องคลอด โดยทำการคลอดเด็กออกจากมดลูกทางหน้าท้อง โดยผ่านทางรอยผ่าตัดที่ผนังหน้าท้อง และผนังมดลูก (สุทัศน์ กลกิจ โกวินท์, 2538)

#### 1.2 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร

ระยะหลังคลอดเป็นภาวะที่สำคัญที่สุดช่วงหนึ่งของมารดาหลังคลอดบุตร เพราะต้องเผชิญกับเหตุการณ์ซึ่งนับว่าเป็นภาวะวิกฤติ โดยเฉพาะมารดาที่คลอดบุตรด้วยการผ่าตัด เนื่องจากมารดาในกลุ่มนี้ต้องเผชิญกับการผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง ต้องเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ตั้งแต่ขณะที่ทำผ่าตัด และหลังการผ่าตัด ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตสังคมในระยะหลังคลอด (ปราณี พงศ์ไพบูลย์, 2546; ตติรัตน์, 2547) ดังนี้

##### 1.2.1 มดลูก มีการเปลี่ยนแปลงหลังผ่าตัดคลอดคือ จะมีการเข้าสู่ของมดลูก

(Uterine involution) ซึ่งหมายถึง การที่มดลูกกลับเข้าสู่สภาวะในอุ้งเชิงกราน การทำผ่าตัดคลอดที่ผนังหน้าท้องส่วนล่างในแนวตั้งหลังคลอด 1 วัน จะตรวจพบมดลูกอยู่ในระดับสะดือหรือเหนือสะดือเล็กน้อย และเอียงไปด้านขวา เนื่องจากความตึงตัวของกล้ามเนื้อมดลูกส่วนล่างที่ยืดขยายระหว่างการตั้งครรภ์และการคลอดเริ่มกลับสู่ปกติ จนวันที่ 10-12 หลังคลอด จะสามารถคลำมดลูกได้ที่เหนือหัวหน้าว และกลับสู่ปกติภายใน 6 สัปดาห์หลังคลอด แต่ระดับยอดมดลูกในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรระยะแรกอาจลดลงช้ากว่าปกติ

การปวดมดลูก หญิงหลังคลอดครรภ์หลังมีโอกาสปวดมดลูกหลังคลอดได้มากกว่าหญิงหลังคลอดครรภ์แรก ทั้งนี้เพราะมดลูกของหญิงหลังคลอดครรภ์หลังสูญเสียความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ทำให้มดลูกมีการหดตัวสลับกับการคลายตัวเป็นระยะๆ ในขณะที่ครรภ์แรกมีการตึงตัวของกล้ามเนื้อมดลูกดีกว่า ทำให้มดลูกหดตัวดี นอกจากนี้การปวดมดลูกหลังคลอดมากขึ้นอาจเกิดจากการที่มารดาหลังคลอดให้นมตนเองแก่ทารก ทำให้ฮอร์โมนออกซิโทซินที่หลั่งจากต่อมใต้สมองส่วนหลัง (Posterior pituitary gland) กระตุ้นให้เกิดการหดตัวของมดลูกอย่างแรง

##### 1.2.2 น้ำคาวปลา การเปลี่ยนแปลงน้ำคาวปลาในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรมีลักษณะเช่นเดียวกับมารดาที่คลอดทางช่องคลอด เพียงแต่ปริมาณของน้ำคาวปลาจะน้อยกว่า เนื่องจากในการผ่าตัดคลอด แพทย์จะใช้ผ้าซับเลือดเช็ดภายในโพรงมดลูก หรือบางรายอาจจะมีน้ำคาวปลานาน

กว่าปกติ โดยเฉพาะมารดาครรภ์แรกที่ผ่านมาการเจ็บครรภ์ก่อนการผ่าตัดคลอด เนื่องจากปากมดลูกยังไม่เปิดการไหลของน้ำคาวปลาจึงไม่ดี น้ำคาวปลามี 3 ชนิด แบ่งตามลักษณะการเกิดได้ดังนี้

1) โลคิยา (Lochia rubra) อยู่ในช่วง 1-3 วันแรกหลังคลอด จะมีสีแดงเข้ม ประกอบด้วยเม็ดเลือดแดงเป็นส่วนใหญ่ เม็ดเลือดขาว เซลล์ของเยื่อบุผิว (Epithelium) เยื่อเมือกในมดลูก (Deciduas) และบางครั้งอาจมีขี้เทาของทารก (Meconium) ขนอ่อน (Lanugo) และไขมันเคลือบผิวทารก (Vernix caseosa) ปนออกมาด้วย ลักษณะเป็นของเหลว อาจมีเลือดก้อนเล็กๆ ปนออกมา มีกลิ่นคาวเลือด (Fleshyodor)

2) โลคิยาซีโรซา (Lochia serosa) อยู่ในช่วงวันที่ 4-9 หลังคลอด จะมีสีแดงจางลงจนเป็นสีน้ำตาล และปริมาณจะน้อยลง ประกอบด้วยเลือดเก่าๆ ชีรุ่ม เม็ดเลือดขาว และเนื้อเยื่อ ลักษณะเป็นของเหลว ไม่เป็นก้อน มีกลิ่นคาวเลือด

3) โลคิยาแอลบา (lochia alba) อยู่ในช่วงวันที่ 10 หลังคลอดเป็นต้นไป สีจะค่อยๆจางลงจนเป็นสีเหลืองจางๆ หรือสีขาวนวล และปริมาณน้อยลงมาก ประกอบด้วย เม็ดเลือดขาวเป็นจำนวนมาก เยื่อเมือกในมดลูก เซลล์ของเยื่อบุผิว มูกจากปากมดลูก ชีรุ่มและเชื้อจุลินทรีย์ ลักษณะเป็นของเหลวไม่เป็นก้อน มีกลิ่นคาวเลือด

หลังคลอด 1-3 วันแรก อาจมีก้อนเลือดเล็กๆปนออกมากับน้ำคาวปลา น้ำคาวปลาจะไหลในช่วงเช้ามากกว่าช่วงกลางคืน ทั้งนี้เพราะช่วงกลางคืนเป็นเวลานอน น้ำคาวปลาที่ขังอยู่ก็จะไหลออกมาตามแรงโน้มถ่วงของโลก จึงทำให้ดูเหมือนว่ามีน้ำคาวปลาไหลออกมามากในช่วงเช้า น้ำคาวปลาจะค่อยๆหมดไปภายใน 3 สัปดาห์หลังคลอด แต่อาจจะเลยไปถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด ทั้งนี้ขึ้นกับขนาดของแผลที่รูกเกาะในโพรงมดลูก

**1.2.3 เต้านม** มีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ เพื่อเตรียมต่อน้ำนมให้พร้อมในการผลิตน้ำนมสำหรับทารกหลังคลอด เป็นผลมาจากฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน โดยที่ฮอร์โมนเอสโตรเจนมีผลทำให้หัวนม (Nipple) ลานนม (Areolar) ขยายใหญ่และมีสีเข้มขึ้น ต่อมไขมันบริเวณลานนม (Tubercle of montgomery) หลอดน้ำเหลือง และหลอดโลหิตขยายใหญ่ขึ้น และท่อน้ำนม (Milk duct) ก็จะเจริญเต็มที่ ส่วนฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน มีผลทำให้ถุงผลิตน้ำนม (Alveoli) และเซลล์ผลิตน้ำนม (Secreting cell หรือ Acini) ที่บุภายในถุงผลิตน้ำนมเจริญเต็มที่เพื่อเตรียมสร้างน้ำนม ต่อจากถุงผลิตน้ำนมจะมีท่อน้ำนมเล็กๆ (Lactiferous duct) ไปรวมกันเป็นท่อน้ำนมใหญ่ (Lactiferous sinus) ซึ่งจะเปิดออกที่หัวนมประมาณ 15-20 ท่อ ส่วนของท่อน้ำนมนี้จะขยายโตเป็นกระเปาะ (Ampulla) เพื่อเป็นที่เก็บน้ำนมไว้ชั่วคราว ซึ่งจะอยู่ตรงกับบริเวณลานนม ช่องว่างระหว่างถุงผลิตน้ำนม และท่อน้ำนม ประกอบด้วย ไขมันและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective tissue) รวมทั้งเส้นเลือดที่มาหล่อเลี้ยง ดังนั้นภายหลังคลอดหลอดโลหิตจะขยายใหญ่มีเลือดคั่งมาก อาจมีการคัดตึงเต้านม (Breast engorgement) ทำให้ขนาดของเต้านมใหญ่ขึ้นและตึงขึ้น

อาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรจะเกิดช้ากว่ามารดาที่คลอดปกติ เนื่องจากความเจ็บปวด ความอ่อนเพลีย ภาวะเครียดหรือความวิตกกังวล และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดคลอดจะมีผลยับยั้งปฏิกิริยาการหลั่งน้ำนม (Let down reflex) (Lauwer, Shinskie and Breck, 2000: 96) แต่เมื่อเกิดการคัดตึงเต้านมในระยะแรกของการคัดตึงเต้านมอาจจะยังไม่มีน้ำนมออกมาก็ได้เกิดจากการคั่งของน้ำเหลืองและเลือดดำ แต่อาการจะบรรเทาลงภายใน 24-48 ชั่วโมง

ภายหลังคลอด ฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเทอโรน ซึ่งสร้างมาจากรกมีระดับลดลง ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนโพรแลคติน (Prolactin) จากต่อมใต้สมองส่วนหน้า (Anterior pituitary gland) โดยร่วมกับฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) และอินซูลิน (Insulin) ซึ่งจะไปกระตุ้นให้มีการสร้างน้ำนม ส่วนการที่ทารกดูดนมมารดาจะกระตุ้นปลายประสาทห้วงนมและลานนม โดยการส่งสัญญาณไปตามไขประสาทส่วนไขสันหลังไปกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้า ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนโพรแลคตินเข้าสู่กระแสเลือด และกระตุ้นเซลล์ผลิตน้ำนมให้มีการสร้างน้ำนมซึ่งการดูดนมครั้งหนึ่งๆ จะทำให้ฮอร์โมนโพรแลคตินสูงขึ้นประมาณ 10-20 เท่า ในขณะเดียวกันกับที่ทารกดูดนมมารดา ยังมีผลไปกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหลัง (Posterior pituitary gland) ให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน (Oxytocin) ซึ่งมีผลต่อเซลล์กล้ามเนื้อเรียบๆ ผลิตน้ำนมและท่อน้ำนมให้มีการบีบรัดตัวขับน้ำนมออกมา เรียกกลไกนี้ว่า “เล็ทดาวนด์ รีเฟล็กซ์” (Let-down reflex) หรือ “มิลค์ อีเจกชัน รีเฟล็กซ์” (Milk ejection reflex) และฮอร์โมนออกซิโทซินยังมีผลทำให้กล้ามเนื้อมดลูกหดตัวดี ซึ่งจะช่วยป้องกันภาวะตกเลือดหลังคลอด และมดลูกกลับเข้าอู่ได้เร็วขึ้น

### 1.2.3.1 เต้านมจะมีการสร้างน้ำนมลักษณะดังนี้

1) หัวน้ำนม (Colostrum) จะเริ่มผลิตใน 2-3 วันแรกหลังคลอด มีสีเหลืองข้น ซึ่งเกิดจากสารเบตาแคโรทีนที่สามารถเปลี่ยนไปเป็นวิตามินเอได้ หัวน้ำนมจะมีโปรตีน วิตามินที่ละลายในไขมัน เกลือแร่ซึ่งรวมถึง สังกะสี โซเดียม โพแทสเซียม และคลอไรด์มากกว่านมแม่ในระยะหลัง แต่จะมีน้ำตาลแลคโตส ไขมันและวิตามินที่ละลายในน้ำน้อยกว่า ส่วนของโปรตีนที่มีอยู่ค่อนข้างมากในหัวน้ำนม ส่วนใหญ่เป็นสารที่มีภูมิคุ้มกันโรคคือ อิมมูโนโกลบูลิน เอ (Immunoglobulin A หรือ IgA) มีหน้าที่คุ้มกันเชื้อโรคที่มีอยู่รอบๆตัวมารดา จึงถือได้ว่า ให้ลูกดูดหัวน้ำนมเป็นครั้งแรกนั้นเป็นการให้วัคซีนคุ้มกันโรคครั้งแรกก็ได้ สำหรับปริมาณของหัวน้ำนมในแม่แต่ละคนจะแตกต่างกันมาก มีตั้งแต่ 7 ถึง 12.25 มิลลิลิตรต่อวัน โดยมีค่าเฉลี่ย 7.5 มิลลิลิตร ต่อมือใน 24 ชั่วโมงแรก จนถึง 98 ถึง 775 มิลลิลิตรต่อวัน โดยมีค่าเฉลี่ย 38 มิลลิลิตรต่อมือในวันที่สามหลังคลอด นอกจากนี้หัวน้ำนมยังช่วยกระตุ้นการทำงานของลำไส้ ทำให้มีฤทธิ์ระบายชี้เทาที่มีสารบิลิรูบิน (Bilirubin) อยู่ด้วย ซึ่งจะช่วยป้องกันอาการตัวเหลืองอีกต่อหนึ่ง

2) นมระยะปรับเปลี่ยน (Transition milk) เป็นน้ำนมที่ออกมาในช่วงระหว่างหัวน้ำนมจนเป็นน้ำนมแม่ ซึ่งระยะปรับเปลี่ยนจะเริ่มตั้งแต่วันที่ 7-10 วัน หลังคลอดไปจนถึง 2 สัปดาห์หลังคลอด ปริมาณของอิมมูโนโกลบูลิน โปรตีนและวิตามินที่ละลายในไขมันจะ

ลดต่ำลงส่วนปริมาณของน้ำตาลแลคโทส ไขมัน วิตามินที่ละลายในน้ำและพลังงานรวมจะเพิ่มขึ้น

3) นมแม่ (True milk หรือ Mature milk) จะเริ่มประมาณ 2 สัปดาห์หลังคลอดไปแล้ว มีส่วนประกอบของน้ำมากถึงร้อยละ 87 โดยร่างกายจะนำไปใช้ในกระบวนการเผาผลาญต่างๆ ซึ่งหลังจากผ่านการย่อยแล้วของเสียที่ต้องขับถ่ายทางไตจะมีปริมาณต่ำกว่าของเสียที่มาจากนมวัวเกือบ 3 เท่า ดังนั้นเด็กที่ดื่มนมแม่อย่างเดียวได้เพียงพอไม่จำเป็นต้องกินน้ำเพิ่มอีกแม่จะอยู่ในที่ที่มีอากาศร้อน

ปริมาณน้ำนมมากหรือน้อยไม่ได้ขึ้นกับขนาดของเต้านม แต่มีความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตของเต้านมในระยะตั้งครรภ์ การควบคุมของทารกและการทำให้เต้านมว่าง ส่วนการหลั่งน้ำนม นอกจากขึ้นกับการควบคุมของทารกแล้ว ยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะจิตใจของมารดาอีกด้วย เช่น การที่มารดามีความรู้สึกอยากให้นมบุตร ได้ยินเสียงบุตรร้อง หรือได้สัมผัสบุตรก็จะทำให้น้ำนมไหลออกมาได้เอง ส่วนความวิตกกังวล ความอ่อนเพลีย เมื่อยล้า การมีอารมณ์ขัดแย้งและความเจ็บปวด ก็จะมีผลให้การหลั่งน้ำนมลดลง

### 1.2.3.2 การให้นมมารดาแก่ทารก

การหลั่งน้ำนมของมารดาเป็นขบวนการที่ซับซ้อนที่ต้องอาศัยทั้งระบบต่อมไร้ท่อและระบบประสาทของร่างกายหลายส่วนมาผสมผสานกัน โดยทั่วไปจะแบ่งขั้นตอนออกเป็น 3 ส่วน (สกล มนุษุข, 2546) คือ

1) Mammogenesis คือ การพัฒนาของต่อมน้ำนม (Mammary gland) ซึ่งเต้านมเป็น Exocrine gland ประกอบด้วย Epithelial glandular tissue ที่แตกแขนงเป็นท่อและท่อหุ้มด้วย adipose tissue หน่วยย่อยที่สุดของเต้านม คือ Alveolus ที่ประกอบด้วยเซลล์ที่สร้างน้ำนมและท่อหุ้มด้วย Myoepithelial cell ที่บีบตัวให้น้ำนมที่สร้างขึ้นไหลเข้าสู่ท่อที่เรียกว่า ductile หลายๆ ductile จะรวมกันเป็นท่อที่มีขนาดใหญ่ขึ้นเรียกว่า Lactiferous duct หรือ Mammary duct ที่บริเวณฐานของหัวนมมารดา จะมีการโป่งพองของ Mammary duct เรียกว่า Lactiferous sinus หรือ Ampular บริเวณนี้จะล้อมรอบด้วย Fibromuscular tissue และเป็นที่ยึดเกาะของน้ำนม ส่วนปลายจะเรียวกแคบลงและต่อไปยังบริเวณหัวนม (Nipple) เต้านมแต่ละข้างประกอบด้วย 15-20 lobe โดยรอบหัวนมและแต่ละ Lobe จะมีท่อ Lactiferous sinus มาเปิดที่บริเวณหัวนม แต่ละ lobe ประกอบด้วย Lobule ประมาณ 20-40 lobule และแต่ละ Lobule ประกอบด้วย Alveoli 10-100 Alveoli บริเวณลานนม (Areolar) จะมีต่อมไขมันเล็กๆ หลายๆ ต่อมนี่เรียกว่า Tubercles of Montgomery ซึ่งมีประโยชน์คือ ผลิตไขมัน เพื่อสร้างความชุ่มชื้นแก่ผิวหนังบริเวณนี้และป้องกันการติดเชื้อ



เต้านมมีการพัฒนาช้าๆ ตั้งแต่ยังเป็นทารกและมีพัฒนาการมากในวัยรุ่น ในระหว่างตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงของเต้านมหลายอย่างเช่น มีการขยายขนาด ผิวหนังบางลง สามารถมองเห็นเส้นเลือดที่มาเลี้ยงได้ชัดเจน มีเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น หัวนมมีขนาดใหญ่ขึ้น ลานนมมีสีเข้มขึ้น มีการขยายขนาดของ Montgomery tubercle

ในไตรมาสแรกของการตั้งครรภ์จะมีการเพิ่ม Ductule system เป็นจำนวนมากโดยผลของฮอร์โมนเอสโตรเจน ส่วน Glandular tissue จะมีการเพิ่มจำนวนจากฤทธิ์ของฮอร์โมน Human placental lactogen (HPL) HCG และ Prolactin ส่วน Lobular system มีการเพิ่มมากขึ้นจากฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนในไตรมาสที่สองก็มีการเพิ่มจำนวนของ Lobule มากขึ้น มีการสะสมของสารคล้าย Colostrum แล้วในช่วงนี้ต่อมาในไตรมาสที่สาม เซลล์ของ alveoli จะเปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์ที่มีความสามารถในการสร้างน้ำนมได้ (Secretory cell) เต้านมที่มีการขยายขนาดก็เนื่องมาจากมีจำนวน Secretory cell มากขึ้นและมีการขยายขนาดของ Alveoli จากการที่มี Colostrum สะสมอยู่

2) Lactogenesis คือ การสร้างและหลั่งน้ำนมในช่วงแรกของการให้นม มารดาอาศัยการทำงานของฮอร์โมนหลายชนิดโดยตัวหลักคือ Prolactin ที่ทำงานประสานกับฮอร์โมนตัวอื่นๆ เช่น Growth hormone insulin cortisol และ Thyrotropin releasing hormone การดูดนมมารดาจะมีการกระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมน Prolactin จากต่อมใต้สมองส่วนหน้าและการกระตุ้นบริเวณเต้านมและลานนมยังมีผลกระตุ้นเส้นประสาทบริเวณนี้ให้ส่งสัญญาณผ่านไขสันหลังไปยัง Hypothalamus ให้มีการยับยั้งการหลั่งฮอร์โมน Prolactin inhibitory factor ฮอร์โมน Prolactin จะคงอยู่ตลอดเวลาที่มีการให้นมมารดาอยู่ซึ่งจะมีผลสำหรับเตรียมการสร้างปริมาณน้ำนมตลอดจนการเตรียมโปรตีนและไขมันในน้ำนมไว้สำหรับการให้ทารกในครั้งต่อไป การผลิตน้ำนมจะลดน้อยลงถ้ามารดาไม่มีความถี่ของการให้นมน้อยลงหรือเปลี่ยนมาให้เป็นนมจากขวดแทน ในช่วงแรกของการให้นมมารดา ความสำคัญอยู่ที่ต้องมีการกระตุ้นหรือให้นมมารดาแก่ทารกบ่อยๆ เพื่อที่จะได้มีการผลิตน้ำนมอย่างเพียงพอ

3) Galactopoliesis คือ กระบวนการที่ทำให้มีการสร้างและการหลั่งของน้ำนมคงอยู่ตราบเท่าที่มารดาจะให้นมแก่ทารกอยู่ เป็นกระบวนการต่อเนื่องจากการที่มีน้ำนมหลั่งในช่วงแรกแล้ว ซึ่งอาศัยการทำงานของฮอร์โมนหลายชนิดเช่น Prolactin, Oxytocin, Growth hormone, Thyroxine, Insulin และ Corticosteroid ฮอร์โมน Prolactin จะมีบทบาทในช่วงประมาณ 3 เดือนแรกของการให้นมมารดา แต่ต่อมาจะลดความสำคัญลงโดยพบว่าหลังคลอด 3 เดือนไปแล้วระดับฮอร์โมนนี้จะใกล้เคียงกับคนปกติและจะไม่เพิ่มระดับขึ้น แม้ขณะให้นมแก่ทารกอยู่ ฮอร์โมน Oxytocin มีความสำคัญในการเคลื่อนของน้ำนมผ่านท่อในเต้านม (Let down reflex) กล่าวคือขณะที่ทารกดูดนมมารดาจะมีกระตุ้นบริเวณหัวนมมารดา และมีสัญญาณผ่านทางเส้นประสาทไขสันหลังไปยัง Mesencephalon และ Hypothalamus กระตุ้นให้มีการหลั่งฮอร์โมน Oxytocin จากต่อมใต้

สมองส่วนหลังซึ่งมีผลทำให้เซลล์กล้ามเนื้อรอบๆ Alveoli บีบตัวทำให้น้ำนมไหลไปสู่ Lactiferous duct และ Sinus และยังมีผลต่อกล้ามเนื้อมดลูกให้มีการหดตัวด้วย พบว่า Reflex นี้สามารถเกิดได้เองเช่น จากการคิดถึงทารก การได้ยินทารกร้องไห้ และการมี Orgasm แต่จะถูกยับยั้งด้วยความเจ็บป่วย อ่อนเพลีย ความเครียดความกังวลของมารดา

**1.2.4 ฮอร์โมนจากรก (Placental hormones)** หลังคลอดระดับของฮอร์โมนจากรกในพลาสมาจะลดลงอย่างรวดเร็ว ภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอด จะตรวจไม่พบฮอร์โมนฮิวแมนพลาเซ็นทอลแลคโทเจน (Human placental lactogen) หรือฮอร์โมนฮิวแมนโคโรไอออนิก โซมาโทแมมโมโทรพิน (Human chorionic somatomammotropin) ส่วนฮอร์โมนโคโรไอออนิกโกแนโดโทรพิน (Human chorionic gonadotropin) ก็จะลดลงอย่างรวดเร็วเช่นกันและจะมีค่าต่ำจนกระทั่งมีการตกไข่

ภายใน 3 ชั่วโมงหลังคลอดฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงร้อยละ 10 เมื่อเปรียบเทียบกับขณะตั้งครรภ์ และจะลดลงต่ำสุดในวันที่ 7 หลังคลอด การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนเกิดพร้อมกับการเริ่มคัดตึงเต้านม ซึ่งจะเกิดในราววันที่ 3 หลังคลอด ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนในพลาสมาจะเพิ่มเท่ากับระดับในระยะฟอลลิคูลา (Follicular phase: เป็นระยะของรอบประจำเดือนที่มีการผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจนสูงสุด เพื่อกระตุ้นเยื่อบุมดลูกให้งอกหนาขึ้น ส่วนมากประมาณวันที่ 9 ของรอบประจำเดือน) ประมาณวันที่ 19-21 หลังคลอดสำหรับหญิงที่เลี้ยงบุตรด้วยน้ำนมตนเอง ระดับฮอร์โมนเอสโตรเจนจะกลับคืนสู่ระดับปกติช้ากว่าหญิงที่ไม่ได้เลี้ยงบุตรด้วยน้ำนมตนเอง

ประมาณวันที่ 3 หลังคลอด ระดับฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนในพลาสมาจะลดต่ำกว่าระดับในระยะลูเทียล (Luteal phase: เป็นระยะที่คอร์ปัส ลูเทียม ผลิตฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนเพื่อพัฒนาเยื่อบุมดลูกให้รองรับไข่ต่อไป) ประมาณ 1 สัปดาห์หลังคลอดจะตรวจไม่พบในซีรัม และจะมีการผลิตใหม่อีกครั้งเมื่อมีการตกไข่ครั้งแรกหลังคลอด

**1.2.5 ฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง (Pituitary hormones)** ระดับของฮอร์โมนโปรแลคตินในกระแสเลือดจะสูงขึ้นเรื่อยๆ ในขณะตั้งครรภ์ ในหญิงที่ไม่ได้เลี้ยงบุตรด้วยน้ำนมตนเอง ระดับฮอร์โมนโปรแลคตินจะค่อยๆ ลดลงจนเท่ากับระดับก่อนตั้งครรภ์ภายใน 2 สัปดาห์หลังคลอดระดับของฮอร์โมนโปรแลคตินในซีรัมจะสูงมากน้อยแค่ไหน ขึ้นกับจำนวนครั้งในการให้บุตรคูณนมมารดาในแต่ละวัน ฮอร์โมนโปรแลคตินจะคงอยู่ในกระแสเลือดในระดับปกติถ้าให้บุตรคูณนมมารดา 1-3 ครั้งต่อวัน และระดับฮอร์โมนโปรแลคตินจะสูงนานกว่า 1 ปี ถ้าให้บุตรคูณนมมารดาสม่ำเสมอมากกว่า 6 ครั้งต่อวัน ส่วนระดับของฮอร์โมนฟอลลิคูลา สติมูเลติง (Follicular stimulating hormone) และฮอร์โมนลูทิไนซิง (Luteinizing hormone) จะมีค่าต่ำลงใน 10-12 วันหลังคลอด

**1.2.6 การจับถ่ายปัสสาวะ** ระยะหลังคลอด 1-24 ชั่วโมง ผลจากการคลอดที่ยาวนาน ผลจากการกระทบกระเทือนต่อเส้นประสาทและกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะและทางคลอด ผลจากขาดสมดุล ยาชาและการลดลงของฮอร์โมนเพศ ทำให้ประสิทธิภาพการหดตัวของกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะลดลง การผ่าตัดคลอดมารดาจะใส่สายสวนปัสสาวะเอาไว้ อาจมีปัสสาวะสีแดงได้ เนื่องจากการกระทบกระเทือนกระเพาะปัสสาวะขณะผ่าตัดและจะกลับสู่ปกติได้เอง การนำสายสวนปัสสาวะออกสามารถทำได้หลังผ่าตัด 12 ชั่วโมง มารดาควรถ่ายปัสสาวะภายใน 6-8 ชั่วโมง หลังนำสายสวนปัสสาวะออก

**1.2.7 การย่อยอาหาร** ระยะหลังคลอด 1-24 ชั่วโมงแรก ผลจากการงดอาหารระหว่างการคลอด ทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง ความต้องการรับประทานอาหารจึงลดลงในระยะแรก เมื่ออาการอ่อนเพลียลดลง มารดาส่วนมากจะหิวและกระหายน้ำมาก ทั้งนี้เพราะความต้องการสารอาหารและพลังงานทดแทนที่สูญเสียไปในระหว่างการคลอดที่ผ่านมา

**1.2.8 การทำงานของลำไส้** ในระยะหลังผ่าตัดคลอด อาจมีการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง เนื่องจากผลของยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย การใช้ยาบางชนิด การสัมผัสลำไส้ในขณะที่ทำผ่าตัดคลอด กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกในขณะที่ทำผ่าตัด และการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยในระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตร มีผลยับยั้งการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้มีการเคลื่อนไหวลดลง อาจทำให้เกิดความรู้สึกแน่นอึดอัดท้อง (Feeling of fullness) เกิดจากมีการสะสมก๊าซในกระเพาะอาหารและลำไส้มาก บางรายจะแน่นอึดอัดมากจนหายใจไม่สะดวก เนื่องจากกระเพาะอาหารลำไส้ที่ยืดขยายจะไปดันบริเวณช่องอก และขัดขวางการหดตัวของกล้ามเนื้อท้องของกะบังลมในขณะที่หายใจเข้า ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบายแน่นอึดอัดท้อง นอกจากนี้ถ้ากระเพาะอาหารและลำไส้ไม่เคลื่อนไหวจะไม่สามารถบีบไล่ก๊าซออกมาได้ จึงมีอาการท้องอึดตามมา

### **1.2.9 สัญญาณชีพ (Vital signs)**

1) อุณหภูมิร่างกาย มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรในระยะแรกจะมีอุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วงปกติ แต่บางรายอาจตรวจพบว่าอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติในระยะ 12 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเนื่องจากภายในห้องผ่าตัดจะมีการใช้เครื่องปรับอากาศทำให้อุณหภูมิห้องต่ำกว่าปกติ จึงมีผลให้ร่างกายของมารดาสูญเสียความร้อนไปขณะทำผ่าตัดคลอดบุตร ในระยะ 2 วันแรกหลังผ่าตัดคลอดอุณหภูมิร่างกายอาจเพิ่มสูงกว่าปกติได้เกิน 38 องศาเซลเซียส โดยไม่มีอาการแทรกซ้อน เกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายในระยะที่มีการอักเสบต่อกรณีที่เนื้อเยื่อถูกทำลายจากการผ่าตัด หรือการที่ร่างกายสูญเสียเลือดและน้ำจากการผ่าตัด แต่ถ้าอุณหภูมิสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส ในระยะ 2 วันแรก อาจแสดงถึงภาวะปอดบวม ภาวะถุงลมปอดแฟบ หรือภาวะขาดน้ำ และถ้าอุณหภูมิสูงขึ้นมากกว่า 37.7 องศาเซลเซียส ตั้งแต่วันที่ 3 เป็นต้นไปแสดงว่ามีการติดเชื้อ หรือมีอุณหภูมิสูงตั้งแต่ 38 องศาเซลเซียสขึ้นไปติดต่อกัน 2 วัน แสดงว่ามีการติดเชื้อ การติดเชื้อหลังผ่าตัดส่วนใหญ่

เกิดจากการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด มดลูก ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินหายใจ และเต้านม อักเสบ นอกจากนี้อาจเกิดจากภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดที่บริเวณหลอดเลือดดำ ที่ขา หรือบริเวณที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ

2) ซีพจร โดยทั่วไปในมารดาหลังการคลอด 6-8 ชั่วโมง มักช้าลง คือ ระหว่าง 50-70 ครั้งต่อนาที ทั้งนี้เพราะความอ่อนเพลียและกลไกชดเชยการเสียน้ำที่เกิดในระยะแรกหลังการคลอด ถ้าซีพจรเร็วกว่า 90 ครั้งต่อนาที โดยไม่มีไข้ จะต้องระวังการตกเลือดหลังคลอด แต่ถ้าซีพจรช้าสลับกับซีพจรเร็ว อาจจะเป็นเนื่องจากความรู้สึกตื่นเต้นหลังการคลอด แต่ถ้ามีอาการไข้ร่วมกับซีพจรเร็ว มักมีการติดเชื้อ แต่โดยทั่วไปซีพจรมักกลับสู่สภาพปกติใน 3 เดือนหลังการคลอด

3) ความดันโลหิต มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรจะมีความดันโลหิตต่ำกว่าค่าปกติเล็กน้อย เนื่องจากเสียเลือดในขณะที่ทำผ่าตัดและผลของยาระงับความรู้สึก

**1.2.10 ด้านจิตสังคมและอารมณ์** ระยะหลังคลอด 1-24 ชั่วโมง เป็นระยะที่พึ่งพาสูง (Dependent phase) หรือระยะ สตรอง เทคิง อิน (Strong taking in phase) ตามแนวคิดของรูบิน (Rubin) เนื่องจากมารดาอ่อนเพลียจากการเสียเลือดไปในขณะทำผ่าตัด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและทารก ความเจ็บปวดและความไม่สุขสบายที่ได้รับจากการผ่าตัด มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากกว่าและนานกว่ามารดาที่คลอดปกติ การปรับด้านจิต อารมณ์และสังคมของมารดาในระยะนี้ เป็นช่วงที่มารดาส่วนมากตื่นตัวและพูดมาก มีความต้องการ พูดถึงประสบการณ์การตั้งครรภ์ การคลอดที่ผ่านมา มีความวิตกกังวลต่อทารกที่เกิด ต่อบทบาท ของตนเอง ต้องการรับรู้เกี่ยวกับเพศและลักษณะของทารกที่ให้กำเนิด ต้องการการประคับประคอง ทางจิตอารมณ์และสังคมจากสามี ญาติและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และต้องการพักผ่อนจึงต้องการ การดูแลกิจวัตรทดแทน ทั้งนี้เพราะความอ่อนเพลียและความเมื่อยล้าจากการคลอด ตลอดจนความ ต้องการใช้พลังงานเพื่อฟื้นฟูสภาพในระยะหลังคลอดมีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคม ต่อมาหลัง คลอด 24-72 ชั่วโมง การปรับตัวในระยะนี้เป็นแบบกึ่งพึ่งพา (Dependent interdependent phase) มารดาจะเริ่มสนใจตนเอง ต้องการพึ่งพาตนเอง สามารถดูแลตนเอง มีความพร้อมต่อการเรียนรู้ เพื่อ การดูแลบุตรและยอมรับบุตรที่เกิด มารดาจึงมักมีพฤติกรรม ซักถาม อ่านหนังสือเกี่ยวกับการเลี้ยงดู บุตร ต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตร และสามารถแสดงบทบาทมารดาสมบูรณ์ในวันที่ 10 ในระยะนี้ถ้าเรียกตามแนวคิดของรูบิน เรียกว่าระยะเทคิง โฮ (Taking hold phase) หลังคลอดวันที่ 10 เป็นต้นไป เรียก ระยะเลตติ้ง โก (Letting go phase) ตามทัศนะของรูบิน (Rubin) ระยะนี้มารดา จะเริ่มแยกตัวเองจากบุตร เริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมและสังคม สามารถดูแลตนเองและ ดูแลบุตร มีพฤติกรรมห่วงใยบุตร

### 1.3 การเปลี่ยนแปลงของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ส่งผลต่อการคัดตั้งเต้านม

มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรจะมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายหลายระบบ เพื่อให้ร่างกายเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะปกติเหมือนตอนไม่ตั้งครรภ์ และมีการเปลี่ยนแปลงที่ก้าวหน้าขึ้นคือ มีการสร้างน้ำนมให้เป็นอาหารแก่ทารก เหมือนกับมารดาหลังคลอดปกติ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทบทวนเนื้อหาการเปลี่ยนแปลงของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ส่งผลให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดเกิดความไม่สุขสบายจากการคัดตั้งเต้านม (ตติรัตน์ สุวรรณสุจริต, 2547) ดังนี้

**1.3.1 สัญญาณชีพ** อุณหภูมิร่างกายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรในระยะแรกจะมีอุณหภูมิร่างกายอยู่ในช่วงปกติ แต่บางรายอาจตรวจพบว่าอุณหภูมิร่างกายต่ำกว่าปกติในระยะ 12 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดเนื่องจากภายในห้องผ่าตัดจะมีการใช้เครื่องปรับอากาศทำให้อุณหภูมิห้องต่ำกว่าปกติ จึงมีผลให้ร่างกายของมารดาสูญเสียความร้อนไปขณะทำผ่าตัดคลอดบุตร

ในระยะ 2 วันแรกหลังผ่าตัดคลอดบุตรอุณหภูมิร่างกายอาจเพิ่มสูงกว่าปกติได้เกิน 38 องศาเซลเซียส โดยไม่มีอาการแทรกซ้อน เกิดจากปฏิกิริยาตอบสนองของร่างกายในระยะที่มีการอักเสบต่อการที่เนื้อเยื่อถูกทำลายจากการผ่าตัดหรือการที่ร่างกายสูญเสียเลือดและน้ำจากการผ่าตัด แต่ถ้าอุณหภูมิสูงกว่า 38 องศาเซลเซียส ในระยะ 2 วันแรก อาจแสดงถึงภาวะปอดบวม ภาวะถุงลมปอดแฟบ หรือภาวะขาดน้ำ และถ้าอุณหภูมิสูงขึ้นมากกว่า 37.7 องศาเซลเซียส ตั้งแต่วันที่ 3 เป็นต้นไปแสดงว่ามีการติดเชื้อ หรือมีอุณหภูมิสูงตั้งแต่ 38 องศาเซลเซียสขึ้นไปติดต่อกัน 2 วัน แสดงว่ามีการติดเชื้อ การติดเชื้อหลังผ่าตัดส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อที่แผลผ่าตัด มดลูก ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินหายใจ และเต้านมอักเสบ นอกจากนี้อาจเกิดจากภาวะหลอดเลือดดำอักเสบ ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดที่บริเวณหลอดเลือดดำที่ขา หรือบริเวณที่ให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิร่างกายหลังผ่าตัดมีดังตารางต่อไปนี้

ระยะเวลาหลังผ่าตัด	อุณหภูมิ	เหตุผล
หลังผ่าตัด-12 ชั่วโมง	ลดต่ำลงถึง 34.5 C (94 F)	เกิดจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก การสูญเสียความร้อนออกจากร่างกายขณะทำผ่าตัด
24-48 ชั่วโมงแรก	38 C (100.4 F) หรือสูงกว่า	เกิดจากร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนอง ซึ่งเป็นระยะของการอักเสบต่อการที่เนื้อเยื่อของร่างกายถูกทำลายจากการผ่าตัด ภาวะถุงลมปอดแฟบหรือภาวะปอดบวมเฉพาะที่ และภาวะขาดน้ำ
ตั้งแต่วันที่ 3 เป็นต้นไป	สูงมากกว่า 37.7 C (100F)	เกิดจากการอักเสบติดเชื้อของแผลผ่าตัด ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินหายใจ และที่บริเวณหลอดเลือดดำ

ตารางที่ 1 การเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิของร่างกายหลังผ่าตัด (Lewis, Heitkemper and Dirksen, 2000: 409 อ้างถึงใน ตติรัตน์ สุวรรณสุจริต, 2547)

ความดันโลหิต มารดาหลังผ่าตัดคลอดจะมีความดันโลหิตต่ำกว่าค่าปกติเล็กน้อย เนื่องจากเสียเลือดในขณะที่ทำผ่าตัดและผลของยาระงับความรู้สึก

ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ เช่น การเปลี่ยนแปลง อุณหภูมิร่างกาย ดังที่กล่าวมาแล้วนั้น อาจมีสาเหตุเกิดจากฤทธิ์ของยาระงับความรู้สึก การสูญเสียความร้อนออกจากร่างกายขณะทำผ่าตัด หรือเกิดจากร่างกายมีปฏิกิริยาตอบสนอง ซึ่งเป็นระยะของการอักเสบต่อการที่เนื้อเยื่อของร่างกายถูกทำลายจากการผ่าตัด ภาวะอุณหภูมิปวดแสบหรือภาวะปอดบวมเฉพาะที่ และภาวะขาดน้ำ อีกทั้งอาจเกิดจากการอักเสบติดเชื้อของแผลผ่าตัด ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินหายใจ และที่บริเวณหลอดเลือดดำ นอกจากนี้ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรจะมีความดันโลหิตต่ำกว่าค่าปกติเล็กน้อย เนื่องจากเสียเลือดในขณะที่ทำผ่าตัดและผลของยาระงับความรู้สึก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้ส่งผลให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร เกิดความอ่อนเพลีย ไม่มีความพร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เกิดความล่าช้าในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ทำให้เกิดการคัดตึงเต้านมเกิดขึ้นได้

**1.3.2 ระดับความรู้สึก** การผ่าตัดคลอดจะต้องมีการใช้ยาระงับความรู้สึก ทำให้มารดาหมดความรู้สึกอย่างสมบูรณ์ ด้วยการยับยั้งการส่งประสาทประสาทที่รับรู้ความรู้สึกเจ็บปวด ไปยังสมองและการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง (CNS) ทำให้ไม่รู้สึกเจ็บปวด ไม่มีปฏิกิริยาตอบสนอง และไม่รู้สึกตัว การที่มารดาผ่าตัดคลอดบุตรได้รับยาระงับความรู้สึก จะเกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นได้ เช่น การปวดศีรษะ อาการคลื่นไส้ อาเจียน หนาวสั่น (Chill)

ในระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตร มารดาอาจมีระดับการรับรู้สติช้า ทำให้การกระตุ้นการดูดนมมารดาเกิดขึ้นล่าช้า และเป็นไปได้ยากที่จะได้รับการดูดกระตุ้นทันทีหลังผ่าตัดคลอดบุตร ทำให้การส่งเสริมการไหลของน้ำนมแม่ในระยะแรกล้มเหลว เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องต่อการคัดตึงเต้านม อีกทั้งการที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก เช่น การปวดศีรษะ อาการคลื่นไส้ อาเจียน หนาวสั่น (Chill) ทำให้มารดาไม่มีความพร้อมในการให้ทารกดูดนมมารดา ส่งผลให้เกิดการคัดตึงเต้านมได้

**1.3.3 แผลผ่าตัด** แผลผ่าตัดอาจมีเลือดซึมออกมาได้เล็กน้อย ประเมินแผลผ่าตัดโดยประเมิน รอยแดง (Redness) บวม (Edema) ช้ำเลือดหรือรอยแยก (Ecchymosis หรือ Bruising) ตั้งคัตหลัง (Discharge) เช่นหนอง และประมาณการติดของขอบแผล (Approximation) หากมีการติดเชื้อที่แผลผ่าตัดจะมีอุณหภูมิร่างกายสูงได้ เช่น การติดเชื้อแอโรบิก (Aerobic organisms) จะมีไข้สูงในตอนกลางวันหรือเย็น และกลับสู่ปกติในตอนเช้า

อาการปวดแผล มารดาที่มีแผลผ่าตัดที่ผืนหนังท้องแบบแฟนเนนส์เทียล (เป็นการผ่าตัดแนวขวางเหนือกระดูกหัวหน้า) จะปวดแผลผ่าตัดน้อยกว่ามารดาที่มีแผลผ่าตัดที่ผืนหนังท้องในแนวตั้ง เนื่องจากแผลจะได้รับการกระทบกระเทือนจากการเคลื่อนไหวของร่างกาย และจาก

อาการท้องอืดน้อยกว่า (Dickason, Silverman, and Kaplan, 1998: 404) แต่ไม่ว่าจะมีแผลผ่าตัดแบบใดก็ส่งผลให้มารดาที่ผ่าตัดคลอดเกิดความทุกข์ทรมานจากการปวดแผลเช่นเดียว

การผ่าตัดคลอดบุตร มารดาจะมีแผลผ่าตัดทางหน้าท้อง ซึ่งทำให้มารดาเกิดความเจ็บปวดแผลผ่าตัด มีสภาพร่างกายไม่พร้อมในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การที่จะให้ทารกได้ดูดนมมารดาในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอดทำได้ลำบาก และการที่มีแผลผ่าตัดทางหน้าท้องนั้นทำให้มารดาเกิดความวิตกกังวล ไม่ต้องการอุ้มทารกดูคนมใกล้แผลผ่าตัด เพราะกลัวแผลผ่าตัดกระทบกระเทือน ส่งผลให้การอุ้มทารกดูคนมมารดาเกิดการล้มเหลว จากความไม่พร้อมของสภาพร่างกายมารดา ทำให้เกิดการคัดตึงเต้านมได้

**1.3.4 การทำงานของลำไส้** ในระยะหลังผ่าตัดคลอดอาจมีการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง เนื่องจากผลของยาระงับความรู้สึกทั่วร่างกาย การใช้ยาบางชนิด การสัมผัสลำไส้ในขณะที่ทำผ่าตัดคลอด กระตุ้นการทำงานของระบบประสาทซิมพาเทติกในขณะที่ทำผ่าตัด และการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยในระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตร มีผลยับยั้งการทำงานของกระเพาะอาหารและลำไส้ ทำให้มีการเคลื่อนไหวลดลง อาจทำให้เกิดความรู้สึกแน่นอึดอัดท้อง (Feeling of fullness) เกิดจากมีการสะสมก๊าซในกระเพาะอาหารและลำไส้มาก บางรายจะแน่นอึดอัดมากจนหายใจไม่สะดวก เนื่องจากกระเพาะอาหารลำไส้ที่ยืดขยายจะไปดันบริเวณช่องอก และขัดขวางการหดตัวเคลื่อนไหวของกะบังลมในขณะที่หายใจเข้า ทำให้เกิดความรู้สึกไม่สบายแน่นอึดอัดท้อง นอกจากนี้ถ้ากระเพาะอาหารและลำไส้ไม่เคลื่อนไหวจะไม่สามารถบีบไล่ก๊าซออกมาได้ จึงมีอาการท้องอืดตามมาได้

การที่มารดาเกิดความไม่สบายจากการทำงานของลำไส้ผิดปกติ เกิดอาการท้องอืดขึ้น ส่งผลให้มารดาไม่มีความพร้อมในการให้ทารกดูคนมมารดา ส่งผลให้เกิดการคัดตึงเต้านมได้

**1.3.5 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตสังคม** ในระยะ 24 ชั่วโมงแรกหลังผ่าตัดคลอดบุตรเป็นระยะที่มารดาต้องการพึ่งพาสูง (Dependent phase) หรือถ้าเรียกตามแนวคิดของรูบิน (Rubin) จะเรียกว่า ระยะเทคกิ้ง อิน (Taking-in phase) เนื่องจากมารดาอ่อนเพลียจากการเสียเลือดไปในขณะทำผ่าตัด ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองและทารก ความเจ็บปวดและความไม่สบายที่ได้รับจากการผ่าตัด มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรต้องการพึ่งพาผู้อื่นมากกว่าและนานกว่ามารดาที่คลอดปกติ

ระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตร มารดาจะสูญเสียความสามารถในการทำงานของอวัยวะต่างๆในร่างกาย มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองลดลง และอ่อนเพลียจากการสูญเสียเลือดจากการผ่าตัดคลอด มารดาต้องการพึ่งพาสูงและนานกว่ามารดาที่คลอดปกติ ดังนั้น การที่จะให้ทารกได้ดูดนมมารดาโดยเร็วเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมจึงเป็นเรื่องยาก ส่งผลให้เกิดการคัดตึงเต้านมเกิดขึ้นได้

## 2. การคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร

### 2.1 ความหมายของการคัดตั้งเต้านม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับการคัดตั้งเต้านมในมารดาหลังคลอดบุตร ดังนี้

Robson (1990) ได้ให้ความหมายของการคัดตั้งเต้านมว่า เป็นอาการเจ็บปวด บวมของเต้านม มีการคั่งค้างของน้ำนมในเต้านม เกิดขึ้นเมื่ออัตราการสร้างน้ำนมมากกว่าอัตราการหลั่งน้ำนมจากต่อมน้ำนมในช่วงแรกของการให้นมมารดา ส่งผลให้มีน้ำนมคั่งค้างในเต้านมเป็นระยะเวลานาน ทำให้น้ำนมในถุงผลิตน้ำนม (Alveoli) เกิดการหยุดชะงัก และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ของลานนม (Alveolar)

Sandberg (1998) ได้ให้ความหมายของการคัดตั้งเต้านมว่า เป็นอาการไม่สบาย เกิดอาการบวมของเต้านมอย่างทันทีทันใด เกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของปริมาณน้ำนม มีการคั่งของเลือดและน้ำเหลือง และเนื้อเยื่อในระหว่างเซลล์เต้านมเกิดการบวม เกิดขึ้นในระหว่างสัปดาห์แรกหลังคลอดบุตร

Walker (2000) ได้ให้ความหมายของการคัดตั้งเต้านมว่า เป็นอาการเจ็บปวด บวมของเต้านม ที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของปริมาณน้ำนมอย่างทันทีทันใด มีการคั่งค้างของเลือดและน้ำเหลือง และมีการบวมของช่องว่างระหว่างเซลล์ในเต้านม เกิดขึ้นระหว่าง 2 สัปดาห์แรกหลังคลอดบุตร แต่ไม่มีผลทำให้เต้านมเกิดการชอกช้ำหรือบาดเจ็บ

Snowden, Renfrew, and Woolrindge (2003) ได้ให้ความหมายของการคัดตั้งเต้านมว่าเป็นความเจ็บปวดจากการที่มีปริมาณน้ำนมคั่งค้างในเต้านมมากเกินไป สาเหตุเกิดจากการไม่สมดุลระหว่างการผลิตน้ำนมและการหลั่งน้ำนมออกจากเต้านม

ดังนั้นการคัดตั้งเต้านมในมารดาหลังคลอดบุตร จึงสามารถสรุปได้ว่า เป็นอาการและอาการแสดงถึงการไม่สบาย เจ็บปวด มีการบวมของเต้านม จากการเพิ่มขึ้นของปริมาณน้ำนมอย่างทันทีทันใด มีการคั่งค้างของเลือดและน้ำเหลือง และมีการบวมของช่องว่างระหว่างเซลล์ในเต้านม แต่ไม่มีผลทำให้เต้านมเกิดการชอกช้ำหรือบาดเจ็บ

### 2.2 ลักษณะของการคัดตั้งเต้านม

เต้านมจะมีลักษณะขยายใหญ่ และบวมซึ่งเป็นอาการที่มารดาที่เกิดการคัดตั้งเต้านมเกิดขึ้นมากที่สุด Lawrence (1980) บอกถึงความแตกต่างระหว่างการคัดตั้งเต้านมบริเวณลานนม (Areolar engorgement) และการคัดตั้งส่วนรอบนอก (Peripheral engorgement) ว่า การคัดตั้งเต้านมบริเวณลานนม เป็นอาการคัดตั้งเต้านมที่ส่งผลถึงเต้านมทั้งหมดแล้ว แต่การคัดตั้งส่วนรอบนอกจะมีผลต่อเนื้อเยื่อของเต้านมแต่ไม่รวมถึงลานนม



### 2.3 สาเหตุของการคัดตั้งเต้านม

โดยในระยะหลังคลอดบุตรนั้น ร่างกายมารดาหลังคลอดบุตรจะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่เห็นได้ชัดคือ จะมีการสร้างน้ำนมและหลังน้ำนมเพื่อเป็นอาหารแก่ทารก (Gorrie, Mckinney, and Sharon, 1994) ซึ่งเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ แต่ถ้ากระบวนการดังกล่าวขาดความสมดุล หรือหยุดชะงัก จะส่งผลให้เกิดการคัดตั้งเต้านมในมารดาหลังคลอดบุตรได้ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสาเหตุของการคัดตั้งเต้านมมี 2 สาเหตุ (Robson, 1990) คือ

#### 1) การหยุดชะงักของหลอดเลือดและหลอดน้ำเหลือง

ตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ การไหลเวียนเลือดในเต้านมจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าเมื่อเทียบกับหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ (Vorherr, 1978) การเพิ่มขึ้นของการไหลเวียนเลือดนี้ ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของปริมาณออกซิเจน ปริมาณน้ำนม และฮอร์โมนที่เกี่ยวข้องกับการสร้างและหลังน้ำนมในต่อมน้ำนมด้วย (Vorherr, 1978) ซึ่งการเพิ่มขึ้นของการไหลเวียนเลือดในต่อมน้ำนมจะเกิดขึ้นในเวลาใกล้เคียงกับการคลอดบุตรแต่จะเกิดขึ้นก่อนการสร้างและการหลังน้ำนมในช่วงแรกของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Reynold, 1972; Linzell, 1974; Neville, 1983) และการไหลเวียนของเลือดในต่อมน้ำนมนี้จะสัมพันธ์กับอัตราการสร้างน้ำนม โดยการที่มีเลือดไปไหลเวียนในต่อมน้ำนม 400 ถึง 500 ลิตร จะมีการเปลี่ยนไปเป็นน้ำนมแม่ 1 ลิตร (Vorherr, 1974; Neville, 1983) ด้วยเหตุนี้หากมีระดับความเครียด ความวิตกกังวลสูงขึ้นในระยะหลังคลอด จะส่งผลต่อการไหลเวียนเลือดในต่อมน้ำนมลดลง ทำให้การสร้างน้ำนมในต่อมน้ำนมลดลงด้วย

ทางการแพทย์ได้กล่าวว่า ขณะคลอดบุตรจะมีการเพิ่มขึ้นของเลือดและน้ำเหลืองไปหล่อเลี้ยงเต้านม ส่งผลให้เกิดการคัดตั้งเต้านมได้ (Lacerva, 1981; Myles, 1981; Wood and Walker-Smith, 1981; Bobak and Jenson, 1985; Pillitteri, 1985; Pritchard, MacDonald, and Gant, 1985) โดยการเพิ่มขึ้นของเลือดและน้ำเหลืองที่มากเกินไปมีผลทำให้เกิดการหยุดชะงักการทำงานของหลอดเลือดและหลอดน้ำเหลือง เมื่อหลอดเลือดและหลอดน้ำเหลืองมีการหยุดชะงักส่งผลให้มีแรงดันสูงเกิดขึ้นในท่อน้ำนม และเลือดที่คั่งค้างในหลอดเลือดเกิดการรั่วออกนอกเส้นเลือดไปยังเนื้อเยื่อรอบๆส่งผลให้เกิดการขยาย บวมของเต้านมเกิดขึ้น ทำให้เกิดการคัดตั้งเต้านมขึ้น

#### 2) การมีปริมาณน้ำนมในเต้านมมากเกินไป

ทางการแพทย์รายงานว่า การที่มีปริมาณน้ำนมในเต้านมปริมาณมากเป็นสาเหตุอันดับแรกของการคัดตั้งเต้านม (Gunther, 1970; Helsing and Savage King, 1982; Llewellyn-Jones, 1983) การคัดตั้งเต้านมเกิดจากมีน้ำนมคั่งค้างในเต้านมนั้นคือ การที่มีอัตราการสร้างน้ำนมมากกว่าอัตราการหลังน้ำนม (Applebaum, 1975; Certutti, 1981) ซึ่งการไม่สมดุลของการสร้างน้ำนมและการหลังน้ำนมเกิดจาก 2 กระบวนการ (Robson, 1990) คือ

2.1) การสร้างน้ำนม เต้านมมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ เพื่อเตรียมต่อน้ำนมให้พร้อมในการผลิตน้ำนมสำหรับทารกหลังคลอด (ปราณี พงศ์ไพบูลย์, 2546) เป็นผลมาจากฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน โดยที่ฮอร์โมนเอสโตรเจนมีผลทำให้หัวนม (Nipple) ลานนม (Areolar) ขยายใหญ่และมีสีเข้มขึ้น ต่อมไขมันบริเวณลานนม (Tubercle of Montgomery) หลอดน้ำเหลือง และหลอดโลหิตขยายใหญ่ขึ้น และท่อน้ำนม (Milk duct) ก็จะเจริญเต็มที่ ส่วนฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน มีผลทำให้ถุงผลิตน้ำนม (Alveoli) และเซลล์ผลิตน้ำนม (Secreting cell หรือ Acini) ที่บุภายในถุงผลิตน้ำนมเจริญเต็มที่เพื่อเตรียมสร้างน้ำนม ต่อจากถุงผลิตน้ำนมจะมีท่อน้ำนมเล็กๆ (Lactiferous duct) ไปรวมกันเป็นท่อน้ำนมใหญ่ (Lactiferous sinus) ซึ่งจะเปิดออกที่หัวนมประมาณ 15-20 ท่อ ส่วนของท่อน้ำนมนี้จะขยายโตเป็นกระเปาะ (ampulla) เพื่อเป็นที่เก็บน้ำนมไว้ชั่วคราว ซึ่งจะอยู่ตรงกับบริเวณลานนม ช่องว่างระหว่างถุงผลิตน้ำนม และท่อน้ำนม ประกอบด้วย ไขมันและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Connective tissue) รวมทั้งเส้นเลือดที่มาหล่อเลี้ยง ดังนั้นภายหลังคลอดหลอดโลหิตจะขยายใหญ่มีเลือดคั่งมาก ปริมาณน้ำนมมากหรือน้อยไม่ได้ขึ้นกับขนาดของเต้านม แต่มีความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตของเต้านมในระยะตั้งครรภ์ (Mcneilly, 1977; Neifert, Seacat, and Jobe, 1985) การควบคุมของทารกและการทำให้เต้านมว่าง (Neville, 1983; Neville and Berga, 1983)

ภายหลังคลอดฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสเตอโรน ซึ่งสร้างมาจากรกมีระดับลดลง ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนโพรแลคติน (Prolactin) จากต่อมใต้สมองส่วนหน้า (Anterior pituitary gland) โดยร่วมกับฮอร์โมนคอร์ติซอล (Cortisol) และอินซูลิน (Insulin) ซึ่งจะไปกระตุ้นให้มีการสร้างน้ำนม ภายใน 3 ชั่วโมงหลังคลอด ฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงร้อยละ 10 เมื่อเปรียบเทียบกับขณะตั้งครรภ์ และจะลดลงต่ำสุดในวันที่ 7 หลังคลอด การลดลงของฮอร์โมนเอสโตรเจนเกิดพร้อมกับการเริ่มคัดตึงเต้านม ซึ่งจะเกิดในราววันที่ 3 หลังคลอด ส่วนการที่ทารกดูดนมมารดาจะกระตุ้นปลายประสาทหัวนมและลานนม โดยการส่งสัญญาณไปตามใยประสาทส่วนไขสันหลังไปกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้า ทำให้มีการหลั่งฮอร์โมนโพรแลคตินเข้าสู่กระแสเลือด และกระตุ้นเซลล์ผลิตน้ำนมให้มีการสร้างน้ำนมซึ่งการควบคุมครั้งหนึ่งๆ จะทำให้ฮอร์โมนโพรแลคตินสูงขึ้นประมาณ 10-20 เท่า (จตุพล, 2535)

2.2) การหลั่งน้ำนม โดยการที่ทารกดูดนมมารดา มีผลไปกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหลัง (Posterior pituitary gland) ให้มีการหลั่งฮอร์โมนออกซิโทซิน (Oxytocin) ซึ่งมีผลต่อเซลล์กล้ามเนื้อรอบๆ ถุงผลิตน้ำนมและท่อน้ำนมให้มีการบีบรัดตัวขับน้ำนมออกมา เรียกกลไกนี้ว่า “เล็ทดาวนด์ รีเฟล็กซ์” (Let-down reflex) หรือ “มิลค์ อีเจคชั่น รีเฟล็กซ์” (Milk ejection reflex) และการหลั่งน้ำนม นอกจากขึ้นกับการควบคุมของทารกแล้ว ยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับภาวะจิตใจของมารดาอีกด้วย เช่น การที่มารดามีความรู้สึกอยากให้นมบุตร ได้ยินเสียงบุตรร้อง หรือได้สัมผัสบุตรก็จะทำให้

น้ำนมไหลออกมาได้เอง ส่วนความวิตกกังวล ความอ่อนเพลีย เมื่อยล้า การมีอารมณ์ขัดแย้งและความเจ็บปวด ก็จะมีผลให้การหลั่งน้ำนมลดลง (ปราณี พงศ์ไพบุลย์, 2546)

สาเหตุของการไม่สมดุลของการสร้างน้ำนมและการหลั่งน้ำนม

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มี 4 สาเหตุที่ทำให้อัตราการสร้างน้ำนมมีมากกว่าการหลั่งน้ำนมซึ่งมีผลทำให้เกิดการคั่งค้างของน้ำนมในเต้านม ทำให้เกิดการคัดตึงเต้านมนั้นคือ

1. กลไกเล็ทดาวน์ รีเฟล็กซ์” (Let-down reflex) ล้มเหลว นำไปสู่การคั่งค้างของสารคัดหลั่งในเต้านม และการขยายตัวของลานนม ทำให้เกิดยับยั้งการผลิตน้ำนมและมีการดูดนมมารดา ล้มเหลว (Newton and Newton, 1951; Neville, 1983) และจากการศึกษาของ Waller and Camb (1943) พบว่ามารดาหลังคลอดครรภ์แรกที่มีการทำงานของกลไกเล็ทดาวน์ รีเฟล็กซ์” (Let-down reflex) ล้มเหลวจะเกิดความไม่สมดุลของการสร้างและการหลั่งน้ำนม ดังนั้นการล้มเหลวของกลไกเล็ทดาวน์ รีเฟล็กซ์” (Let-down reflex) จะเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้เกิดการคั่งค้างของน้ำนมในเต้านม ทำให้เกิดการคัดตึงเต้านมได้ (Waller, 1946 อ้างถึงใน Robson, 1990)

2. ประสิทธิภาพการดูดนมมารดาของทารกล้มเหลว โดย Gunther (1970) พบว่า การล้มเหลวของความสามารถในการดูดนมมารดาของทารกเป็นสาเหตุแรกของการเกิดการคัดตึงเต้านม ซึ่งในระยะ 3 วันแรกหลังคลอดทารกยังต้องมีการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูดและกลืนนมมารดา ซึ่งหากกระบวนการสร้างน้ำนมเกิดขึ้น แต่ทารกยังดูดนม ไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้มีปริมาณน้ำนมในเต้านมมากกว่าการหลั่งน้ำนม ส่งผลให้เกิดความเจ็บปวดในเต้านม เกิดการคัดตึงเต้านมขึ้น

3. อัตราการสร้างน้ำนมในเต้านมเพิ่มขึ้น ซึ่งการเพิ่มขึ้นของระดับฮอร์โมนโปรแลคตินในระยะคลอดบุตรเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการสร้างและหลั่งน้ำนมในช่วงแรกของการให้นมมารดาและทำให้การเกิดการคัดตึงเต้านม (Neville, 1983, Tyson, Friesen, and Anderson, 1972) เพราะการดูดนมมารดาของทารกเป็นการกระตุ้นต่อมใต้สมองส่วนหน้าให้หลั่งฮอร์โมนโปรแลคติน ทำให้เกิดการสร้างน้ำนม (ปราณี พงศ์ไพบุลย์, 2546) ดังนั้นจากการศึกษาถึงประสิทธิภาพการดูดนมของทารกพบว่า การดูดนมอย่างมีประสิทธิภาพ หรือ ไม่มีประสิทธิภาพของทารก จะสอดคล้องกับปริมาณน้ำนมที่บริโภค แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเกิดความแตกต่างของสาเหตุนี้ โดย Howie, et al. (1980) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างน้ำนมที่ผลิตขึ้นกับการเพิ่มขึ้นของระดับฮอร์โมนโปรแลคตินจากการดูดนมของทารก พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่างการเพิ่มขึ้นของระดับฮอร์โมนโปรแลคตินและปริมาณน้ำนมที่ผลิตขึ้น และจากการศึกษาในกลุ่มหญิงที่ไม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ West and McNeilly (1979) พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กันระหว่าง การคัดตึงเต้านมกับการเพิ่มขึ้นของระดับฮอร์โมนโปรแลคติน ดังนั้นจากผลการศึกษาต่างๆที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า ระดับของฮอร์โมนโปรแลคตินไม่ใช่บทบาทที่สำคัญหลักๆที่เป็นสาเหตุให้เกิดการคัดตึงเต้านม

4. การพยาบาลตามปกติเป็นอุปสรรคต่อการหลั่งน้ำนม การพยาบาลตามปกติของเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลเป็นการเริ่มต้นของการส่งเสริมการหลั่งน้ำนมและการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Newton and Newton, 1951; Applebaum, 1975; Cerutti, 1981) หากในโรงพยาบาลมีมารดาที่มีการพัฒนาการคัดเต้านมไปสู่ในระดับที่รุนแรง แสดงว่าโรงพยาบาลนั้นไม่มีขั้นตอน กระบวนการที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการคัดเต้านมขึ้น (Applebaum, 1970) ในโรงพยาบาลที่มีการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่จึงควรจะมีนโยบายให้มีการทักไต่ถามมารดาตั้งแต่ 4 ชั่วโมงแรกหลังคลอดบุตร (DeChateau, et al., 1977; Newton and Newton, 1951) มีการกระตุ้นให้ทารกดูดนมมารดาบ่อยครั้ง (Illingworth and Stone, 1952; Olmstead and Jackson, 1950) มีการเสริมความรู้และสนับสนุนในเรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Raphael, 1981; Sloper, Elsdon, and Baum, 1977) มีการให้ทารกกับมารดาอยู่ร่วมกันตลอดเวลา (rooming-in) (Bjerre and Ekelund, 1970; McBryde, 1951) ซึ่งหากสามารถมีนโยบายดังนั้นก็จะสามารถลดการเกิดการคัดเต้านมได้ จากการทบทวนวรรณกรรม Moon and Humenick (1989), Evans, Evans, and Simmer (1995) พบว่าการได้รับการดูแลกระตุ้นนมมารดาในเวลาที่นานขึ้นตั้งแต่ระยะแรกหลังคลอดจะทำให้ลดความเจ็บปวดในมารดาที่เกิดการคัดเต้านมได้ Varney (1980) กล่าวว่าความถี่ของการดูดนมมารดามีผลต่อการลดลงของการคัดเต้านม Riordan (1985) กล่าวว่า การให้มารดาและทารกอยู่ร่วมกันตั้งแต่แรกคลอด (rooming in) มีผลต่อการลดลงของการคัดเต้านม และ Hawkin and Gorvine (1985) กล่าวว่า การไม่มีข้อจำกัดในเวลาการให้การพยาบาลมีผลต่อการลดลงของการคัดเต้านม แต่ทิศทางของความสัมพันธ์ยังขาดความชัดเจน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเกิดการคัดเต้านมของ Whitley (1978) พบว่าจากการศึกษาในมารดาที่เกิดการคัดเต้านมและมารดาที่ไม่เกิดการคัดเต้านมพบว่า ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างเวลาการได้รับการดูแลครั้งแรกของทารกหลังคลอด กับการเกิดการคัดเต้านม จากผลการศึกษาแล้วยังพบว่า อัตราการเกิดการคัดเต้านมในมารดาที่ได้รับการดูแลกระตุ้นจากทารกครั้งแรกใน 4 ชั่วโมงหลังคลอดไม่แตกต่างจากกลุ่มมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## 2.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคัดเต้านม

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของการพัฒนาการเกิดการคัดเต้านม นอกจากมีสาเหตุมาจาก การหยุดชะงักของหลอดเลือดและน้ำเหลือง การมีปริมาณของน้ำนมในเต้านมมากเกินไปจากการไม่สมดุลระหว่างการสร้างและการหลั่งน้ำนมแล้ว ยังมีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดการคัดเต้านมในระยะหลังคลอด ซึ่งก็คือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ขนาดเต้านม ประสบการณ์การคัดเต้านม ความกลัวและความวิตกกังวล มีรายละเอียดดังนี้

1) ขนาดของเต้านม โดยปกติเต้านมขนาดเล็กไม่สัมพันธ์กับการจำกัดการผลิตน้ำนม แต่สัมพันธ์และมีอิทธิพลกับการเก็บสะสมน้ำนม หรือปริมาณความจุของน้ำนมในเต้านม และรูปแบบการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Walker, 2000) โดยมารดาที่มีเต้านมขนาดเล็กจะมีความต้องการที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มากกว่า 24 ชั่วโมง มากกว่ามารดาที่มีเต้านมขนาดใหญ่ ซึ่งมีปริมาณความจุ

ของน้ำนมในเต้านมมาก (Daly and Hartmann, 1995) และ Robson (1990) พบว่า มารดาที่มีเต้านมขนาดเล็กมีความเสี่ยงที่จะพัฒนาการเกิดการคัดเต้านมมากกว่ามารดาที่มีเต้านมขนาดใหญ่ หญิงที่เกิดการคัดเต้านมหลังคลอดนั้นเป็นผู้ที่ใส่เสื้อชั้นในขนาดเล็ก มากกว่าหญิงที่ไม่เกิดการคัดเต้านม

2) ประสบการณ์การคัดเต้านม มีความสัมพันธ์กับการเกิดการคัดเต้านม แต่มีทิศทางของความสัมพันธ์ยังขาดความชัดเจน ซึ่งจากการศึกษาของ Hill and Humennick (1994) พบว่า การเกิดการคัดเต้านมในระยะแรกหลังคลอด กลุ่มมารดาที่ผ่านการมีบุตรหลายคนแล้วกับกลุ่มมารดาที่มีบุตรคนแรกมีการเกิดการคัดเต้านมคล้ายคลึงกัน แต่จากการศึกษาของ Robson (1990) พบว่า มารดาที่เคยมีประสบการณ์การคัดเต้านมในระยะหลังคลอดบุตรจะเกิดการคัดเต้านมในการคลอดบุตรคนต่อไปได้มากกว่ามารดาที่ไม่มีประสบการณ์การคัดเต้านมในการคลอดบุตรคนแรก ส่วน McLachlan, et al. (1993) พบว่า ร้อยละ 70 ของมารดาที่มีประสบการณ์การคัดเต้านมในระยะการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีแนวโน้มที่จะเกิดการคัดเต้านมในการมีบุตรคนต่อไป

3) ความรู้สึกรีดทึงกังวล ความกลัวของมารดา ซึ่งการเพิ่มขึ้นของความวิตกกังวลมีผลต่อกระบวนการสร้างและการหลั่งน้ำนม โดยจะพัฒนาการคัดเต้านมไปสู่ระดับที่รุนแรงขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม Goldfarb and Tibbetts (1980), Helsing and Savage King (1982) กล่าวว่า ความกลัวมีผลต่อการเพิ่มขึ้นของการคัดเต้านม และ Pillitteri (1985) กล่าวว่า ความวิตกกังวล มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของการคัดเต้านม

4) การได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งแสดงออกโดยการที่ได้รับการส่งเสริมจากครอบครัวให้เกิดความเชื่อมั่นในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับการดูแลจากมารดาของตนเองก็มีผลต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ส่งผลต่อการสร้างและการหลั่งน้ำนม ทำให้ลดลงคัดเต้านม (Raphael, 1981) จากการทบทวนวรรณกรรม Lawrence, (1980) พบว่า การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัวมีผลต่อการลดลงของการคัดเต้านม

## 2.5 ระยะเวลาที่พบการคัดเต้านม

มีการศึกษาถึงระยะเวลาที่เกิดการคัดเต้านม พบว่าการคัดเต้านมนั้นจะเกิดในระหว่างสัปดาห์แรกหลังคลอด และเกิดระดับสูงที่สุดคือ ระหว่างวันที่ 3 และวันที่ 5 หลังคลอด (Walker, 2000) มารดาหลังคลอดจะมีการคัดเต้านมที่อยู่ในระดับสูงที่สุดได้มากกว่า 1 ครั้ง (Csar, 1991) และการคัดเต้านมจะดำเนินต่อไปเป็นระยะเวลานานถึง 10 วัน หรือมากกว่านั้น (Riedel, 1991)

## 2.6 พยาธิสรีรวิทยาและกลไกการคัดเต้านม

ระยะหลังคลอด เป็นช่วงเวลาที่ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะปกติ เช่น การเข้าอู่ของมดลูก การกลับคืนสู่ปกติของช่องคลอด และการเปลี่ยนแปลงที่ก้าวหน้าขึ้นที่เห็นได้ชัดคือ การ

สร้างน้ำนม การเริ่มมีน้ำนมให้ทารก เป็นต้น (Pillitteri, 1992) ในระยะหลังคลอดเต้านมจะสร้างน้ำนมและหลังน้ำนมออกมาเพื่อเป็นอาหารแก่ทารก ซึ่งต้องเกิดความสัมพันธ์ระหว่างการสร้างน้ำนมและการระบายน้ำนมออกมา และไม่เกิดการหยุดชะงักการทำงานของหลอดเลือดและน้ำเหลืองในเต้านม ซึ่งถ้ากระบวนการดังกล่าวเกิดการผันแปร จะส่งผลให้เกิดการคัดตึงเต้านมเกิดขึ้น (Breast engorgement) (Robson, 1990)

การคัดตึงเต้านมนั้นจะเกิดในระหว่างสัปดาห์แรกหลังคลอด และเกิดระดับสูงที่สุดคือระหว่างวันที่ 3 และวันที่ 5 หลังคลอด (Walker, 2000) เกิดจากการหยุดชะงักการทำงานของหลอดเลือดและน้ำเหลือง และการไม่สมดุลระหว่างการสร้างน้ำนมและการหลังน้ำนม เนื่องจากตั้งแต่ในระยะตั้งครรภ์ การไหลเวียนเลือดในเต้านมจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าเมื่อเทียบกับหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ และการไหลเวียนของเลือดในต่อมน้ำมนั้นจะสัมพันธ์กับอัตราการสร้างน้ำนม โดยการที่มีเลือดไปไหลเวียนในต่อมน้ำนม 400 ถึง 500 ลิตร จะมีการเปลี่ยนไปเป็นน้ำนมแม่ 1 ลิตร แต่เมื่อการเพิ่มขึ้นของเลือดและน้ำเหลืองที่มากเกินไป มีผลให้เกิดการทำงานของเซลล์ในเต้านมลดลง เกิดการหยุดชะงักการทำงานของหลอดเลือดและหลอดน้ำเหลือง ส่งผลให้มีแรงดันสูงเกิดขึ้นในต่อมน้ำนมเลือดที่คั่งค้างในหลอดเลือดเกิดการรั่วออกนอกเส้นเลือดไปยังเนื้อเยื่อรอบๆ ส่งผลให้เกิดการขยายตัวของเต้านมเกิดขึ้น ทำให้เกิดการคัดตึงเต้านมขึ้น นอกจากนี้การที่ไม่สมดุลระหว่างการสร้างและการหลังน้ำนมก็ส่งผลให้เกิดการคัดตึงเต้านม โดยเมื่อปริมาณการผลิตน้ำนมเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ปริมาณน้ำนมมีมากกว่าปริมาณความจุของน้ำนมและการที่จะกักเก็บน้ำนมในเต้านมไว้ได้ ถ้าหากไม่สามารถระบายน้ำนมออกจากเต้านมได้ จะเกิดการคั่งค้างของน้ำนมในเต้านม จนทำให้เกิดการคัดตึงเต้านมขึ้น มาจากการล้มเหลวของกลไก “เล็ทดาวนด์ รีเฟล็กซ์” (Let-down reflex) ประสิทธิภาพการดูดนมมารดาของทารกล้มเหลว โดยทารกที่ยังดูดนมไม่มีประสิทธิภาพจะส่งผลให้มีปริมาณน้ำนมในเต้านมมากกว่าการหลังน้ำนม และอัตราการสร้างน้ำนมในเต้านมเพิ่มขึ้น ซึ่งการเพิ่มขึ้นของระดับฮอร์โมน โพรแลคตินในระยะคลอดบุตรเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการสร้างและหลังน้ำนมในช่วงแรกของการให้นมมารดาและทำให้การเกิดการคัดตึงเต้านม และข้อจำกัดของการได้รับการดูดกระตุ้นนมมารดา ความถี่ของการดูดนมมารดา

## 2.7 ระดับของการคัดตึงเต้านม

ระดับของการคัดตึงเต้านม มี 4 ระดับ (Waller, 1946 อ้างถึงใน Robson, 1990) คือ

1) ระดับปกติ (Normal หรือ No increase in tension) เต้านมไม่เกิดการเปลี่ยนแปลง มีลักษณะเหมือนก่อนการตั้งครรภ์

2) การคัดตึงเต้านมเล็กน้อย (Mild degree of congestion หรือ Overload) เต้านมจะมีลักษณะขยายใหญ่ ฐึ่สึกตึงหนักร คัดตึงเต้านมและเจ็บเล็กน้อย คลำดูเต้านมไม่เป็นก้อนๆ บริเวณลานนมโป่งพอง หัวนมยื่นออกมา เมื่อบีบดูจะมีน้ำนมไหลออกมา

3) การคัดตึงเต้านมมาก (Greater degree of engorgement หรือ Engorgement) มักเป็นอาการคัดจากการมีน้ำนมร่วมกับอาการกั๊งของเลือด และน้ำเหลืองด้วย อาจมีไข้ต่ำ เรียกว่า Milk fever และลดลงเป็นปกติภายใน 12-24 ชั่วโมง ซึ่งจะไม่ขึ้นตามอาการไข้ มีอาการปวดแสบปวดร้อนบริเวณผิวหนัง เต้านมขยายใหญ่ ดิ่งและใส บางครั้งทำให้ลานนมเป่งแข็งขึ้น หัวนมถูกรั้งจนสั้นลง ยิ่งทำให้ทารกอมหัวนมได้ยาก ผิวหนังสีแดงคล้ำจะรู้สึกร้อน คล้ายลักษณะอาการอักเสบ มองเห็นเส้นเลือดใต้ผิวหนังเต้านมชัดเจน คลำดูในเต้านมจะมีลักษณะแข็งเป็นไต เมื่อบีบดูจะมีน้ำนมไหลออกมา

4) การคัดตึงเต้านมอย่างรุนแรง (Most severe degree of engorgement หรือ Obstruction outflow) มีอาการปวดแสบปวดร้อนบริเวณผิวหนังอย่างมาก เต้านมขยายใหญ่ ดิ่งและใส ลานนมเป่งแข็งขึ้น หัวนมถูกรั้งจนสั้นทารกไม่สามารถอมหัวนมได้ ผิวหนังสีแดงคล้ำจะรู้สึกร้อน คล้ายลักษณะอาการอักเสบ อาจมีไข้ มองเห็นเส้นเลือดใต้ผิวหนังเต้านมชัดเจน คลำดูในเต้านมจะมีลักษณะแข็งเป็นไต เต้านมแข็งเหมือนกระดาน เมื่อบีบเต้านมดูไม่มีน้ำนมไหลออกมา

## 2.8 การประเมินการคัดตึงเต้านม

บทบาทสำคัญของการพยาบาลเพื่อนำไปสู่การป้องกันการคัดตึงเต้านมได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การประเมินการคัดตึงเต้านม ซึ่งการประเมินการคัดตึงเต้านมสามารถประเมินดังนี้

1) ประเมินอาการและอาการแสดงของการคัดตึงเต้านม อาจประเมินด้วยตัวของมารดาเองหรือผู้วิจัยเป็นผู้ประเมิน จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีผู้ที่สร้างแบบวัดการคัดตึงเต้านมคือ

1.1) แบบประเมินอาการและอาการแสดงของการคัดตึงเต้านม (CSSE: Clinical Signs and Symptoms of Engorgement questionnaire) สร้างขึ้นโดย Robson (1990: 124) ประกอบด้วย การประเมินอาการและอาการแสดง 10 ลักษณะของการคัดตึงเต้านม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เกิดอาการเลย ถึงเกิดอาการอย่างรุนแรง การให้คะแนนมีดังนี้ ให้คะแนน 1 คะแนน ถึง 4 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 10-40 คะแนน คะแนน 10 คะแนน คือ ระดับปกติ (Normal) คะแนน 11-20 คะแนน คือ การคัดตึงเต้านมระดับปกติถึงการคัดตึงเต้านมเล็กน้อย (Normal to Mild engorgement) คะแนน 21-30 คะแนน คือ การคัดตึงเต้านมเล็กน้อยถึงการคัดตึงเต้านมมาก (Mild engorgement to Greater engorgement) คะแนน 31-40 คะแนน คือ การคัดตึงเต้านมมากถึงการคัดตึงเต้านมอย่างรุนแรง (Greater engorgement to Most severe engorgement)

ข้อดี แบบวัดนี้ใช้ง่าย บุคคลสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง

1.2) แบบประเมินอาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอด สร้างขึ้นโดยทัศนศรี เสมียนเพชร (2532) ประกอบด้วย การสังเกตและการตรวจดูลักษณะความตึงตัวของผิวหนังที่เต้านม การดูลักษณะเส้นเลือดดำใต้ผิวหนัง การวัดอุณหภูมิบริเวณผิวหนังของเต้านม การคลำก้อนแข็ง

ภายในเต้านม การวัดความยาวของเส้นรอบอก การสัมผัสความรู้สึกของมารดา ได้แก่ ความรู้สึกเจ็บเมื่อกดและสัมผัสที่เต้านม ความรู้สึกหนักหรือถ่วงของเต้านม ความรู้สึกคัดตึงภายในเต้านม อาการเจ็บบริเวณหัวนมและลานนมขณะที่ทารกดูดนม ลักษณะคัดตึงเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่มีอาการคัดตึงเต้านมเลย ถึงมีอาการคัดตึงเต้านมมาก การให้คะแนนมีดังนี้ ให้คะแนน 1 คะแนน ถึง 4 คะแนน คะแนนรวมทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 10-40 คะแนน คะแนน 10 คะแนน หมายถึงไม่มีอาการคัดตึงเต้านม และค่าสูงสุดเท่ากับ 40 คะแนน หมายถึงมีอาการคัดตึงเต้านมมาก

ข้อดี แบบวัดนี้ใช้ง่าย มีความชัดเจน

ข้อจำกัด ต้องมีอุปกรณ์ทางการแพทย์มาร่วมประเมินด้วย

2) ประเมินด้วยการใช้เครื่องทางการแพทย์คือ Computer Tomography Scan (CT Scans) จากการทบทวนวรรณกรรม (Brook, et al., 2004) พบว่า เมื่อมีการคัดตึงเต้านม ภาพที่แสดงจะมองไม่เห็นปริมาณน้ำนม การคั่งค้างของเลือดและน้ำเหลือง และการบวมระหว่างเซลล์ในเต้านม แต่ภาพที่พบใน CT Scans จะเห็นการขยายใหญ่ของต่อมน้ำนม มีการบางตัวของเนื้อเยื่อในเต้านมมาก

ข้อดี สามารถเห็นได้ชัดถึงการเกิดการคัดตึงเต้านม

ข้อจำกัด ต้องมีเครื่องมือ สูญเสียค่าใช้จ่ายในการตรวจเป็นจำนวนมาก

### 3. กิจกรรมพยาบาลในการดูแลมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเพื่อป้องกันการคัดตึงเต้านม

อาการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรก่อให้เกิดผลเสียที่สำคัญคือ ความล้มเหลวในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เนื่องจากรดามีปริมาณน้ำนมไม่เพียงพอและมารดามีอาการเจ็บปวดเต้านม และเต้านมมีการอักเสบติดเชื้อเกิดขึ้นที่เต้านม พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญในการป้องกันการเกิดการคัดตึงเต้านม เพราะนอกจากช่วยป้องกันการเกิดผลเสียดังกล่าวแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมให้มารดาได้เห็นความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อีกด้วย ซึ่งการป้องกันการคัดตึงเต้านมสามารถทำได้โดย (Robson, 1990)

#### 3.1 การส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม โดย

3.1.1 การเริ่มต้นให้ทารกดูดนมมารดาเร็วในระยะหลังคลอด การดูดนมมารดาครั้งแรกควรเริ่มเมื่อมารดาและทารกมีความรู้สึกพร้อม ช่วงเวลาที่ดีที่สุดคือ ภายใน 1 ชั่วโมงแรกหลังคลอด (Haun, 1985: 41) เพราะเป็นช่วงที่มารดาที่มีความรู้สึกไว (Sensitivity period) และเป็นเวลาที่ทารกตื่นตัวและพร้อมที่จะดูดนมซึ่งจะเห็นได้จากการที่ทารกพยายามจะดูดนมด้วยมือตนเอง ซึ่งแสดงว่า รูทติง รีเฟล็กซ์ (Rooting reflex) ได้เกิดขึ้นแล้ว และภายใน 30-60 นาทีแรกหลังคลอดยังเป็นช่วงที่ซัคคิง รีเฟล็กซ์ (Sucking reflex) ของทารกมีความเข้มมากที่สุด (Ziegel and Cranley, 1984: 579) การให้โอกาสซัคคิง รีเฟล็กซ์ ได้ทำงานในช่วงเวลานี้ทำให้ทารกได้รับประสบการณ์ที่เป็นความสำเร็จในการดูดนมมารดา (Reeder and Martin, 1987: 699)



แต่มารดาที่ผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง ในระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตรจะมีระดับการรับรู้สติช้า เป็นไปได้ยากที่จะได้รับการดูแลกระตุ้นทันทีหลังผ่าตัดคลอดบุตร อีกทั้งการที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึก เช่น การปวดศีรษะ อาการคลื่นไส้ อาเจียน หนาวสั่น (Chill) ทำให้มารดาไม่มีความพร้อมในการให้ทารกดูนมมารดา ทำให้การส่งเสริมการไหลของน้ำนมแม่ในระยะแรกล้มเหลว ดังนั้นเร็วที่สุดที่จะให้ทารกดูนมมารดา คือ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร เนื่องจากในระยะหลังคลอดร่างกายจะมีกระบวนการสร้างน้ำนมภายใน 24 ชั่วโมงหลังคลอดบุตร (Serenio and Navarrete, 1994) ประกอบกับเป็นช่วงเวลาที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรคืนระดับรับรู้สติ และภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาระงับความรู้สึกลดลง อีกทั้งการให้ทารกดูนมมารดา ก่อนวันที่ 3-4 หลังคลอด จะทำให้การดูนมของทารกในวันที่ 3-4 หลังคลอดมีความแรงพอ (ทัสน์ศรี เสมิยนเพชร, 2532) ทารกที่ดูนมมารดาได้แรงจะทำให้ น้ำนมสามารถไหลออกจากท่อน้ำนมได้อย่างสะดวกและทำให้ปฏิกิริยาสะท้อนเต้านมทำงานได้ดี ในทางตรงกันข้ามถ้าในวันที่ 3-4 หลังคลอดทารกไม่รู้จักวิธีดูนมจากหัวนมมารดาหรือการดูนมมารดาไม่แรงพอ ทำให้การระบายน้ำนมออกจากเต้านมไม่ดีเท่าที่ควร ทำให้น้ำนมคั่งค้างอยู่ในถุงน้ำนม เกิดการคัดตึงเต้านมขึ้นได้

นอกจากการเริ่มให้ทารกดูนมมารดาเร็วจะมีผลป้องกันการคัดตึงเต้านมแล้ว การดูนมของทารกแต่ละครั้งควรเป็นช่วงเวลาที่นานพอ กล่าวคือ ระยะเวลาการดูกระตุ้นนมมารดาในวันแรก ที่จะสามารถกระตุ้นการหลั่งน้ำนมได้ดีที่สุดข้างละประมาณ 7-10 นาที (Schneider and Raber, 1993) ซึ่งจะทำให้กระตุ้นให้เกิดการทำงานของปฏิกิริยาสะท้อนเต้านมที่พึงประสงค์ได้จากการให้ทารกดูนมแต่ละครั้ง

### 3.1.2 ความถี่ในการดูนมของทารก

ช่วงเวลาที่เหมาะสมที่ทารกควรได้ดูนมมารดาในแต่ละครั้งควรยึดหลักการสร้างน้ำนมที่เกิดขึ้นนั้นคือ การขับน้ำนมของโปรแลคตินในกระแสเลือดของมารดาหลังคลอดนั่นเอง เพราะฮอร์โมนโปรแลคตินมีหน้าที่ทำให้เซลล์ที่สร้างน้ำนม (Acini cells) คัดหลั่งน้ำนมออกมา โดยทั่วไปการขับน้ำนมของโปรแลคตินเข้าสู่กระแสเลือดของมารดาจะเกิดขึ้นในเวลา กลางคืนสูงกว่าในเวลากลางวัน ที่เป็นเช่นนี้เพราะในเวลากลางคืน มารดาได้นอนพักผ่อนอย่างเพียงพอ (Neville and Neifert, 1983: 118) อย่างไรก็ตามในมารดาที่ให้นมบุตร การดูนมของทารก จะกระตุ้นให้มีระดับฮอร์โมนโปรแลคตินในกระแสเลือดสูงและปริมาณของโปรแลคตินที่คัดหลั่งออกมาจะสัมพันธ์กับความแรงของการดูกระตุ้นที่หัวนม (Neville and Neifert, 1983: 119)

เมื่อทารกเริ่มดูนมมารดา ระดับโปรแลคตินจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นและจะมีระดับสูงสุดประมาณ 10-60 นาที และจะค่อยๆ ลดลงสู่ระดับปกติภายในเวลาประมาณ 3 ชั่วโมง (Fuch, 1983: 279) การดูนมของทารกในแต่ละมีระดับฮอร์โมนโปรแลคตินจะขึ้นลงในลักษณะเช่นนี้ ดังนั้น การให้ทารกดูนมมารดาอย่างน้อยทุกๆ 2-3 ชั่วโมง จึงมีความจำเป็นต่อความต่อเนื่องของ

การขับหลังฮอร์โมนโปรแลคตินตลอดเวลา 24 ชั่วโมงของทุกๆ วัน ทั้งนี้จะเป็นผลให้การสร้างน้ำนมในมารดาเกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ ในขณะที่เดียวกันการระบายน้ำนมออกจากเต้านมก็เป็นไปได้สะดวก ท่อน้ำนมเปิดเป็นจังหวะอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ น้ำนมได้ระบายออกมา ซึ่งจะสามารถป้องกันภาวะคัดตึงเต้านมได้

จากการศึกษาของ ทศน์ศรี เสมิยนเพชร (2532) ศึกษาผลของการให้ทารกเริ่มดูดนมมารดาเร็วและความถี่ในการดูดนมต่ออาการคัดตึงเต้านมของมารดาหลังคลอดบุตร พบว่ามารดาที่ให้ทารกเริ่มดูดเร็วและมีความถี่ของการดูดนมอย่างสม่ำเสมอในระยะหลังคลอด มีผลต่ออาการคัดตึงเต้านมของมารดาหลังคลอดบุตรสอดคล้องกับการศึกษาของ Moon, and Humenick (1989) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังคลอดบุตร 54 ราย พบว่าเวลาที่เริ่มดูดนมมารดา ความถี่ของการดูดนมมารดา ระยะเวลาที่ดูดนมมารดา มีความสัมพันธ์ต่อการคัดตึงเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### 3.1.3 การดูดนมมารดาอย่างมีประสิทธิภาพ

การดูดนมมารดาอย่างมีประสิทธิภาพนั้น เป็นการป้องกันการเกิดการคัดตึงเต้านม เพราะเป็นการส่งเสริมประสิทธิภาพของการสร้างและการหลั่งน้ำนมออกจากเต้านมของมารดา การดูดนมของทารกจะกระตุ้นการสร้างและการหลั่งน้ำนมภายใต้การควบคุมของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (Neurohormonal control) ขณะที่ทารกบ้วนนมและลานนมเพื่อดึงยึดหัวนมให้อยู่ระหว่างลิ้นและเพดาน ปลายประสาทบริเวณหัวนมและลานหัวนมจะถูกกระตุ้น ให้รับรู้ความรู้สึกไปยังสมองส่วนไฮโปทาลามัส เพื่อกระตุ้นให้ต่อมใต้สมองส่วนหน้าหลั่งฮอร์โมนโปรแลคติน ที่ช่วยสังเคราะห์น้ำนมในต่อมน้ำนม ขณะเดียวกันแนวเหงือกของทารกซึ่งกดบีบลงบนกระเปาะน้ำนมใต้บริเวณลานนมและเนื้อเยื่อเต้านมเกิดการกระตุ้นส่วนไฮโปทาลามัสให้ส่งต่อมใต้สมองส่วนหน้าหลั่งฮอร์โมนออกซิโตซิน เพื่อกระตุ้นให้ท่อน้ำนมบีบน้ำนมพุ่งเข้าปากทารกในปริมาณอย่างต่อเนื่อง (Bolus feeding) (กุสุมา ชูศิลป์, 2546)

ซึ่งการดูดนมมารดา (Sucking) อย่างมีประสิทธิภาพ ทารกต้องมีการเคลื่อนไหวของช่องปากอย่างถูกต้อง โดยมีลิ้น ริมฝีปาก เพดาน และแก้มทำงานร่วมกันอย่างผสมกลมกลืน โดยขณะที่ริมฝีปากของลูกสัมผัสหัวนม มารดาควรใช้หัวนมเขี่ยริมฝีปากล่างเบาๆจนลูกแยกปากและเลียหัวนม รอจนลูกอ้าปากกว้างเต็มที่โดยการช่วยกดคางเบาๆ ลิ้นของลูกควรวางแบนบนพื้นช่องปากและยื่นมาด้านหน้าบริเวณเหงือกล่างพร้อมที่จะดึงรัดหัวนมเข้าปาก สอดหัวนมให้เขี่ยลึกเต็มที่จะนแนวเหงือกของลูกอยู่บนลานหัวนมเต้านมลึกประมาณหนึ่งนิ้ว หลังจากหัวนมถูกดึงยึดยาวบนลิ้นอยู่ระหว่างลิ้นและเพดาน ริมฝีปากบานหุ้มปิดหัวนมจนแน่นสนิทเกิดแรงดันในช่องปากเป็นลบแก้มพองขึ้นอย่างชัดเจน มีการเคลื่อนไหวของลิ้นเป็นจังหวะลูกคลิ้นจากข้างหน้าไปข้างหลัง แนวเหงือกกดบีบลานหัวนมตรงบริเวณกระเปาะนมทำให้น้ำนมพุ่งลง บริเวณโคนลิ้นลูกจึง

กลืนนมที่มีมากอย่างต่อเนื่อง จากการที่ลิ้นกระดกไปกระตุ้นเพดานแข็งตลอดเวลา การดูด การกลืน และการหายใจต้องเกิดขึ้นเป็นจังหวะที่สอดคล้องกันเพื่อป้องกันอันตรายจากการสำลักน้ำนม

#### 3.1.4 การนวดเต้านม

การนวดเต้านมนั้นเป็นการส่งเสริมให้มีการหลั่งน้ำนม (Yokoyama, et al., 1994) เพราะการนวดเต้านมเป็นการช่วยให้ท่อน้ำนมที่อุดตันเปิดออกและทำให้เต้านมนุ่มขึ้น อีกทั้งการนวดเต้านมทำให้การไหลเวียนโลหิตบริเวณเต้านมดีขึ้น บริเวณลานนมนุ่ม ทารกสามารถดูดจับหัวนมได้ง่าย

วิธีการนวดเต้านม สามารถนวดโดยการนวดเบาๆบริเวณเต้านม ใช้ปลายนิ้ว นวดเป็นวงกลมในบริเวณเล็กของเต้านม นวดจากบริเวณเต้านมด้านนอกเข้ามาจนถึงหัวนม

#### 3.1.5 การใช้ความร้อน

การใช้ความร้อน (Heat application) เป็นการส่งเสริมให้เต้านมนุ่มและส่งเสริมให้มารดารู้สึกสุขสบายผ่อนคลาย เมื่อมารดารู้สึกผ่อนคลายเป็นการกระตุ้นปฏิกิริยาการหลั่งน้ำนม (Walker, 2000) เป็นการส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม ซึ่งอาจใช้วิธีการอาบน้ำด้วยน้ำอุ่น ให้น้ำอุ่นสัมผัสบริเวณเต้านม หรือใช้การประคบร้อนบริเวณเต้านม แต่การอาบน้ำอุ่นในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ต้องระมัดระวังไม่ให้แผลผ่าตัดโดนน้ำ ในระยะแรกควรใช้วิธีการประคบร้อนบริเวณเต้านมจะสะดวกที่สุด

#### 3.1.6 การอุ้มทารกดูนมมารดา

การส่งเสริมความสุขสบายของมารดาในการอุ้มทารกดูนมมารดา จะทำให้ทารกมีโอกาสเข้าถึงหัวนมและดูนมได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการสร้างและการหลั่งน้ำนมอย่างเต็มที่ การอุ้มทารกดูนมมารดานั้นมารดาควรอยู่ในท่าที่สบายที่สุดทั้งทำนั่งหรือทำนอน ทำนั่งกึ่งนอน (Fowler's position) เป็นท่าที่ค่อนข้างสบายมากในระยะแรกหลังคลอดโดยเฉพาะมารดาที่คลอดลูกด้วยวิธีผ่าตัดคลอด ขณะอุ้มลูกควรให้มารดามีหมอนหลายใบหนุนบริเวณศีรษะและด้านหลังของมารดาวางหมอนสอดไว้ใต้แขนหรือวางไว้บนตักเพื่อช่วยมารดายกลูกให้สูงขึ้นมาจุมริมฝีปากทารกอยู่ระดับเดียวกับหัวนมมารดาได้ง่ายขึ้น มารดาควรวางตำแหน่งศีรษะของลูกให้ริมฝีปากของลูกอยู่ระดับเดียวกับหัวนม (กุสุมา ชูศิลป์, 2546) โดยมีท่าอุ้ม 4 แบบ ที่เหมาะสมสามารถใช้ได้ดีที่สุดในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ (Francine and Nichols, 1997) สามารถเลือกให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายและความพร้อมของมารดา ประกอบด้วย

ท่าที่ 1 ท่าอุ้มประคองศีรษะ (Cradle position) อุ้มโดยใช้แขนพาดด้านหลังของลูกโดยให้ฝ่ามือจับข้อบริเวณก้นและต้นขา แขนข้างเดียวกับเต้านมงอให้ข้อศอกรองรับศีรษะ ให้ศีรษะ ลำตัว และขาอยู่ในแนวเดียวกัน ลำตัวลูกตะแคงเข้าหาอกมารดา ศีรษะอยู่นือลำตัว ท่านี้จะไม่สะดวกในมารดาหลังผ่าตัดคลอด เพราะมารดามีแผลบริเวณหน้าท้องอาจทำให้เจ็บแผลมากขึ้น ควรทำท่านี้ในวันที่แผลผ่าตัดคลายความเจ็บปวดแล้ว

ท่าที่ 2 ทำอุ้มประคองศีรษะด้านตรงข้าม (Cross cradle position) ท่านี้คล้ายกับท่าที่ 1 แต่ต่างกันตรงที่ อุ้มทารกโดยประคองศีรษะทารกในมือด้านตรงข้ามกันเต้านมที่ให้ทารกดูด ลำตัวลูกตะแคงเข้าหาอกมารดา ท่านี้เหมาะกับการเรียนรู้ในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ครั้งแรก เนื่องจาก เป็นท่าที่สามารถควบคุมศีรษะทารกได้เป็นอย่างดี สะดวกในการควบคุมของทารก

ท่าที่ 3 ทำอุ้มลูกฟุตบอลหรือท่าจับศีรษะ (Clutch position or Football hold) จับลูกตะแคงเข้าหาด้านข้างของมารดา โดยให้มารดาใช้ฝ่ามือจับศีรษะลูกยกขึ้น ให้ริมฝีปากลูกอยู่ระดับเดียวกับหัวนม ท่านี้ช่วยให้น้ำหนักทารกไม่กดลงที่หน้าท้อง จึงเหมาะสำหรับมารดาที่คลอดโดยผ่าตัดทางหน้าท้อง และจะให้นมในท่านั่ง ควรทำท่านี้ในวันแรกๆของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ท่าที่ 4 ทำอุ้มนอนให้กินนม (Side-lying position) จับให้ลูกนอนตะแคงเข้าหาหน้าอกมารดาขณะนอนตะแคงและใช้มือด้านบนจับเต้านมและหัวนมให้ตรงกับปากลูก ใช้หมอนหนุนรองใต้ไหล่และต้นแขนของมารดา ใช้แขนโอบลำตัวบุตร ไว้ให้บุตรตะแคงเข้าหามารดาแล้วจึงให้บุตรดูดนม ท่านี้เหมาะสำหรับมารดาหลังคลอดใหม่ๆ ที่มีแผลผ่าตัดหน้าท้อง

### 3.2 การนำน้มนมที่เหลือค้ำออกจากเต้านม โดย

3.2.1 การที่มีน้มนมเหลือค้ำในเต้านมอาจจากการที่ทารกไม่สามารถดูดนมมารดาได้ จนหมดทั้ง 2 ข้าง หรือมีความสามารถดูดนมได้หมดเพียง 1 ข้างเท่านั้น ส่งผลให้เกิดการคัดตึงเต้านมได้ จากการศึกษาของ Evans, Evans, and Simmer (1995) ที่ศึกษาเปรียบเทียบ 2 วิธีในการดูดนมมารดาในมารดาที่เกิดการคัดตึงเต้านม โดยกลุ่มทดลองคือกลุ่มที่มารดานำน้มนมออกจากเต้านมจนหมด 1 ข้าง กลุ่มควบคุมคือมารดาที่มีการนำน้มนมออกทั้ง 2 ข้างเท่าๆกัน โดยติดตามเป็นระยะเวลา 6 เดือนหลังคลอด พบว่า มีความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่มในการเกิดการคัดตึงเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการนำน้มนมที่เหลือค้ำออกจากเต้านมจะสามารถป้องกันการคัดตึงเต้านมได้ จากการที่แก้ไขสาเหตุของการเกิดการคัดตึงเต้านมในด้านการมีปริมาณน้มนมในเต้านมมากเกินไป ซึ่งปัจจุบันมีวิธีการนำน้มนมที่เหลือค้ำออกจากเต้านมทำได้โดย (ทศน์ศรี เสมิยนเพชร, 2532)

1) การใช้มือบีบน้มนมออก (Manual expression) การบีบน้มนมมารดาต้องเตรียมอุปกรณ์ที่จะใส่น้มนม เช่น ขวดแก้ว ขวดพลาสติก หรือถุงพลาสติกที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว ก่อนที่จะบีบน้มนมต้องเช็ดเต้านม หัวนมด้วยสำลีชุบน้ำต้มสุก และล้างมือของมารดาให้สะอาด อาจให้มารดาอาบน้ำอุ่น ประคบร้อนบริเวณเต้านม นวดเต้านมเบาๆ ก่อนบีบเพื่อกระตุ้นกลไกเลือดคาวาน์รีเฟล็กซ์ ส่งเสริมการไหลของน้มนม

การบีบน้มนมที่ถูกต้อง คือ ต้องบีบน้มนมบริเวณเต้านมในส่วนของลานนม วางมือเป็นรูปตัว C โดยวางนิ้วหัวแม่มือไว้ด้านหลังส่วนนิ้วที่เหลือวางไว้ด้านล่าง นิ้วอยู่ห่างจากฐานของหัวนมประมาณ 1-1 ½ นิ้ว กดนิ้วหัวแม่มือและปลายนิ้วชี้ลงไปที่บริเวณหน้าอกแล้วบีบ

นิ้วทั้งสองเข้าหากัน ทำซ้ำหลายๆครั้ง แล้วจึงสลับเปลี่ยนมือ ไปโดยรอบเต้านมเพื่อขับน้ำนมออกมาได้หมด

2) การใช้เครื่องปั๊มน้ำนมออก เครื่องปั๊มน้ำนมจะออกแบบให้มีการทำงานคล้ายกับการดูดนมของทารกตามธรรมชาติ กล่าวคือ ลักษณะการดูดนมของทารกตามธรรมชาติจะมีระยะดูดนม (Sucking phase) ระยะที่น้ำนมไหลออกมา (Release phase) และระยะพัก (Relaxation phase) ขณะที่ทารกดูดนมมารดาหัวนมจะยื่นอยู่ในปากและแตะอยู่กับเพดานแข็งและจะอยู่ในตำแหน่งนี้ตลอดเวลาที่ดูดนม อัตราการดูดนมจะแตกต่างกันไปตามอัตราการไหลของน้ำนม น้ำนมไหลออกมาปริมาณมาก อัตราการดูดจะน้อย การออกแบบเครื่องปั๊มน้ำนมจึงอาศัยหลักการดังกล่าว

ข้อเสียของการใช้เครื่องปั๊มน้ำนมคือ ทำให้หัวนมแตก หรือมีกำลังไม่พอที่จะดูดเอาน้ำนมออกมาจึงต้องใช้เวลาปั๊มนาน และการใช้เครื่องปั๊มน้ำนมพบว่ามีกรณีเป็นแผลที่เรียกในน้ำนมมากกว่าการใช้มือบีบน้ำนม (Walker, 1987: 272)

3.2.2 การเก็บรักษาน้ำนมแม่ (เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์, 2546) สามารถเก็บได้ดังนี้

- 1) เก็บในอุณหภูมิห้อง อุณหภูมิน้อยกว่า  $25^{\circ}\text{C}$  เก็บได้นาน 4 ชั่วโมง อุณหภูมิมากกว่า  $25^{\circ}\text{C}$  เก็บได้นาน 1 ชั่วโมง
- 2) เก็บในตู้เย็นธรรมดา ที่มีอุณหภูมิ  $4^{\circ}\text{C}$  เก็บได้นาน 48 ชั่วโมง
- 3) เก็บไว้ในช่องแช่แข็งที่แยก 2 ประตู (Freezer) ที่มีอุณหภูมิ  $-14^{\circ}\text{C}$  เก็บได้นาน 3 เดือน
- 4) เก็บในช่องแช่แข็งที่แยก 2 ประตู (Deep freeze) ในช่องแช่แข็งที่ควบคุมอุณหภูมิคงที่ที่  $-20^{\circ}\text{C}$  สามารถเก็บได้ถึง 6 เดือน

การเก็บน้ำนม ทุกครั้งที่เก็บน้ำนมแม่ควร ระบุวันที่และเวลาที่บีบน้ำนมและจำนวนน้ำนมไว้ที่ข้างที่บรรจุ และควรแช่เย็นทันทีหลังจากบีบน้ำนมออกจากเต้านม

3.2.3 การนำน้ำนมที่เก็บมาใช้สำหรับบุตร (ศิริพัฒนา ศิริชนารัตนกุล, 2546)

นั่นคือวิธีการละลายด้วยการนำน้ำนมแม่จากช่องแช่แข็งมาทำให้อุ่นช้าๆ โดยเปิดผ่านน้ำ แล้วนำมาแช่ในภาชนะน้ำอุ่นจนน้ำนมละลาย สำหรับการทำให้น้ำนมละลายนั้น ควรนำมาละลายเพียงครั้งเดียว ไม่สามารถนำไปแช่ใหม่ได้อีก ดังนั้นน้ำนมแม่ที่จะบรรจุแช่แข็งควรบรรจุให้พอใช้ในแต่ละครั้งแข็ง ถ้าทารกกินน้ำนมมารดาไม่หมดในแต่ละมื้อ ให้เทส่วนที่เหลือทิ้งไม่นำกลับไปแช่แข็งใหม่ และควรนำมาใช้ตามลำดับการแช่แข็ง อีกทั้งอย่าใช้เตาไมโครเวฟมาละลายน้ำนมมารดาที่แช่แข็ง อย่าต้มน้ำนมแม่โดยตรงโดยใช้ความร้อนจากเตา เพราะความร้อนจะทำให้คุณค่าของน้ำนมมารดาสูญเสียไป

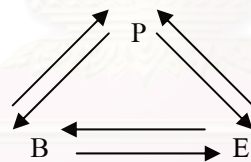
#### 4. แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง

ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) เป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาสังคมของ Bandura (1997) ซึ่งเป็นทฤษฎีที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ โดยเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน โดยไม่จำเป็นต้องมีการแสดงออก แต่การได้มาซึ่งความรู้ใหม่ๆ ก็ถือว่าการเรียนรู้ได้เกิดขึ้นแล้ว และการแสดงออกของพฤติกรรมจะสะท้อนให้เห็นการเรียนรู้ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541) แม้ความรู้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่สามารถอธิบายการแสดงพฤติกรรมของบุคคลได้ครอบคลุม มีการศึกษาที่ยืนยันว่าความรู้จะนำไปสู่การปฏิบัติได้ต้องผ่านความรู้สึกนึกคิด (Self-referent thoughts) ของบุคคลก่อน (Schunk and Cabonari, 1984: 230) การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด และเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้ และการกระทำ (Lawrance and McLeroy, 1986: 317-327)

#### 4.1 ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura (1977: 10; 1986: 23-25; 1997: 5-7) ได้ให้คำจำกัดความการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจความสามารถของตนเองในการประกอบกิจกรรมที่กำหนดภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะ ได้ผสมผสานการเรียนรู้ทางสังคมเข้ากับพฤติกรรมที่เกิดจากความรู้ความเข้าใจ (Cognitive behavior) โดยอธิบายถึงพฤติกรรมของบุคคลว่าเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ปัจจัยภายในตัวบุคคล (Internal personal factor) ปัจจัยพฤติกรรม (Behavioral factor) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment factor) ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในลักษณะที่กำหนดซึ่งกันและกัน (Reciprocal determinism) ตามหลักความเป็นเหตุผล ซึ่งสามารถแสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 ประการได้ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภายในบุคคล (P) สภาพแวดล้อม (E) และพฤติกรรม (B) ในการกำหนดซึ่งกันและกัน (แหล่งที่มา Bandura, 1997: 6)

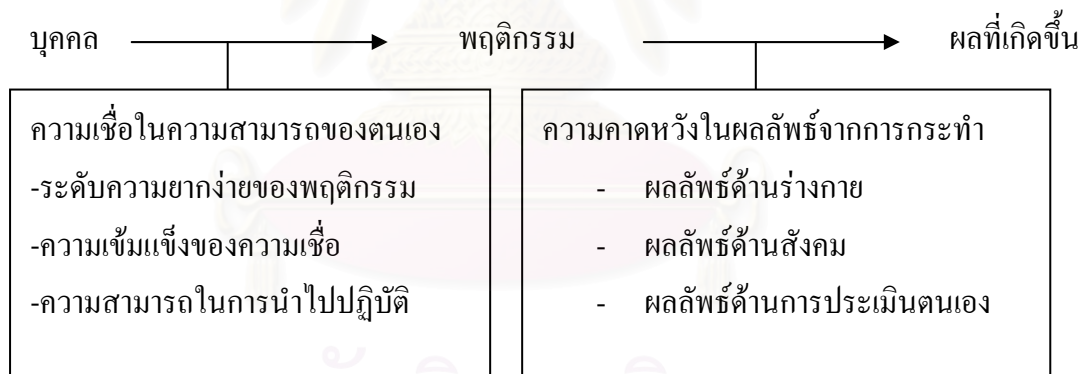
จากการที่ปัจจัยทั้ง 3 ประการ ทำหน้าที่กำหนดซึ่งกันและกัน ไม่ได้หมายความว่าทั้ง 3 ปัจจัยนั้นมีอิทธิพลกำหนดซึ่งกันและกันอย่างเท่าเทียมกัน บางปัจจัยอาจมีอิทธิพลมากกว่าอีกบางปัจจัย และอิทธิพลของปัจจัยทั้ง 3 นั้นไม่เกิดพร้อม ๆ กัน หากแต่ต้องอาศัยเวลาในการที่ปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งจะมีผลต่อการกำหนดปัจจัยอื่นๆ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541: 49; Bandura, 1997: 6) กล่าวคือ พฤติกรรมของบุคคลอาจเกิดจากอิทธิพลของสิ่งแวดล้อมและปัจจัยภายในตัวบุคคล เช่น การรับรู้ ความเชื่อ ในขณะที่เดียวกันปัจจัยภายในบุคคลก็ได้รับอิทธิพลจากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออก และปัจจัยสภาพแวดล้อม ในทางกลับกันสภาพแวดล้อมก็เปลี่ยนไปตามพฤติกรรมของบุคคลและความเชื่อต่างๆ ที่กำหนดพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นปัจจัยทั้ง 3 ประการ จึงเป็นระบบเกี่ยวพันมีลักษณะเป็นเหตุเป็นปัจจัยซึ่งกันและกัน (Interlocking system) มีผลต่อการกระทำและการเรียนรู้ของบุคคล โดยอาศัยหลักดังกล่าว จึงอาจสรุปได้ว่า เมื่อบุคคลแสดงพฤติกรรมใด

พฤติกรรมหนึ่งออกมา บุคคลจะรับรู้ในความสามารถของตน และเรียนรู้ถึงผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรมนั้นๆ ผลจากการรับรู้ถึงความสามารถของตน และผลลัพธ์ของการแสดงพฤติกรรมนี้จะส่งผลกลับไปมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมอื่นๆ ของบุคคลอีก ดังนั้นการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมใด ๆ ของบุคคลนั้นเกิดจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1977: 97; 1986: 391; 1997: 21-24) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 2 ประการ คือ

1. ความเชื่อในความสามารถ (Efficacy beliefs) หมายถึง ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมได้ ความมั่นใจของบุคคลว่าจะสามารถแสดงพฤติกรรมเพื่อไปสู่ผลลัพธ์ที่ต้องการเป็นความคาดหวังที่เกิดขึ้นก่อนกระทำพฤติกรรม

2. ความคาดหวังผลลัพธ์ (Outcome expectation) หมายถึง การคาดคะเนของบุคคลว่าถ้าทำพฤติกรรมนั้นแล้ว จะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ตนคาดหวังไว้ เป็นการคาดหวังในผลที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรมของตน

ความเชื่อมั่นในความสามารถเป็นเหตุที่เกิดขึ้นก่อนที่จะกระทำพฤติกรรม ในขณะที่ผลลัพธ์จากการกระทำที่จะเกิดขึ้นเป็นสิ่งที่บุคคลคาดการณ์ล่วงหน้า โดยอาศัยการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำได้แค่ไหนในสถานการณ์นั้น ๆ ซึ่ง Bandura (1997) ได้เสนอรูปแบบความสัมพันธ์ในลักษณะที่เป็นเหตุผลกันระหว่างความเชื่อในความสามารถของตน และความคาดหวังในผลลัพธ์จากการกระทำ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 แสดงความสัมพันธ์แบบมีเงื่อนไขและความแตกต่างระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น (แหล่งที่มา Bandura, 1997: 22)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลในการจัดการหรือกระทำพฤติกรรมในแบบที่จะทำให้ประสบผลสำเร็จ ในขณะที่ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการกระทำเป็นการตัดสินใจถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นตามมาจากการกระทำพฤติกรรม ดังนั้นสรุปได้ว่าบุคคลจะกระทำพฤติกรรมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับว่าตนเองรับรู้ว่ามีความสามารถมากพอที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นหรือไม่ และเมื่อกระทำพฤติกรรมนั้นแล้วจะได้ผลตามที่ตนเองต้องการหรือไม่ ถ้าบุคคลเรียนรู้ว่าการกระทำนั้นทำให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และคาดหวังว่าตนเองมีความสามารถเพียงพอ ก็จะกระทำพฤติกรรมนั้นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง แต่ถ้าคาดหวังว่า

ตนเองมีความสามารถไม่เพียงพอ ก็จะไม่กระทำพฤติกรรมนั้นเพื่อหลีกเลี่ยงความผิดหวังหรือความล้มเหลว นอกจากนี้อิทธิพลที่มีต่อการแสดงพฤติกรรมของบุคคลแล้ว การรับรู้ความสามารถของตนเองยังมีอิทธิพลต่อสภาพอารมณ์ และจิตสังคมของบุคคลด้วย กล่าวคือ บุคคลเชื่อในความสามารถของตนเองสูง และคาดหวังว่าจะได้ผลลัพธ์ตามความคาดหวัง ก็จะช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) ในทางตรงกันข้ามบุคคลที่เชื่อในความสามารถของตนเองในระดับต่ำ จะคาดหวังถึงความล้มเหลว และไม่ได้รับผลลัพธ์ตามความคาดหวังนั้นเป็นผลทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลงด้วย

#### 4.2 อิทธิพลของการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Bandura (1986: 393-395) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อความคิดและการกระทำของบุคคล 4 ประการ ดังนี้

1) การเลือกกระทำพฤติกรรม ในการดำเนินชีวิตประจำวันนั้น บุคคลจะต้องคิดตัดสินใจอยู่ตลอดเวลาว่าจะต้องกระทำพฤติกรรมใด ใช้เวลานานเท่าใด การที่เลือกปฏิบัติกิจกรรมใดในสถานการณ์ใดนั้น ส่วนหนึ่งก็เนื่องมาจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะบุคคลจะเลือกทำงานนั้น ถ้าเขาเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำงานนั้นให้สำเร็จได้ ในขณะที่บุคคลที่เชื่อว่าเขามีความสามารถไม่พอในการทำงานนั้นก็จะมีแนวโน้มที่จะหลีกเลี่ยงงาน บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงมักจะเลือกทำงานที่มีความท้าทาย มีแรงจูงใจที่จะพัฒนาความสามารถของตัวเองให้สูงยิ่งขึ้น ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มักจะหลีกเลี่ยงงานที่ท้าทาย ขาดความมั่นใจในตนเอง เป็นการพลาดโอกาสที่จะพัฒนาความสามารถของตนเอง แต่ถ้าบุคคลประเมินความสามารถของตนเองสูงเกินไป และต้องพบกับการทำงานที่เกินความสามารถ ความล้มเหลวนั้นจะทำให้เขารู้สึกท้อแท้ เครียด ผิดหวังและทำลายความเชื่อในความสามารถของเขา ลงไปด้วย ส่วนบุคคลที่ประเมินความสามารถของตนเองต่ำเกินไป มักเลือกงานที่พื้น ๆ และง่าย ซึ่งเป็นการจำกัดความสามารถของตนเอง และมักจะมี ความสงสัยในความสามารถของตนเอง ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน ทำให้เขาขาดความพยายามในการทำกิจกรรมใด ๆ และในที่สุดก็ขาดการพัฒนาความสามารถของตัวเองให้ก้าวหน้า

2) การใช้ความพยายามและความอดทนในการทำงาน ความสามารถของตนเองที่บุคคลประเมินนั้น จะเป็นตัวกำหนดว่าเขาจะต้องใช้ความพยายามเท่าใด และจะต้องอดทนเผชิญต่ออุปสรรคต่างๆ ได้นานเท่าใด ยิ่งบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงเท่าใด บุคคลนั้นจะยิ่งมีความพยายามและอดทนในการทำงานมากเท่านั้น และมักจะประสบความสำเร็จในงานที่ท้าทายความสามารถ ส่วนบุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ มักจะสงสัยในความสามารถของตนเอง เมื่อต้องเผชิญกับอุปสรรคหรือพบกับงานที่รู้สึกว่ายาก ทำให้ขาดความพยายามและเลิกกระทำไปในที่สุด



3) รูปแบบความคิดและปฏิกริยาทางอารมณ์ ความสามารถของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อรูปแบบความคิดและปฏิกริยาทางอารมณ์ในระหว่างการทำพฤติกรรม และการคาดการณ์การกระทำภายใน ผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูงจะเอาใจใส่และมีความพยายามในการกระทำพฤติกรรมต่างๆ สำหรับผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำจะรู้สึกว่ามันยากลำบาก ซึ่งมักจะรู้สึกมากเกินไปจนเป็นจริง มีผลทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียด และทำลายความสามารถของตนเอง

4) เป็นผู้กำหนดการกระทำพฤติกรรมมากกว่าเป็นผู้ทำนายพฤติกรรม นั่นคือ บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะคิด รู้สึก และกระทำพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากบุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ โดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถสูงจะสนใจ และเลือกทำงานที่ทำ ทาย หากยังไม่บรรลุเป้าหมายก็จะยิ่งพยายามมากขึ้น ถ้าพบกับความล้มเหลวก็จะใช้ความล้มเหลวเป็นตัวกระตุ้นช่วยให้ประสบความสำเร็จ ตรงกันข้ามกับผู้ที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถต่ำ มักจะเอาความสามารถเป็นตัวทำนายพฤติกรรมในอนาคตของคุณ และต้องพบกับความเครียดและความวิตกกังวลอย่างมาก

การรับรู้ความสามารถของตนเองของแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกันจะผันแปรไปตาม 3 มิติ (Dimension) ดังนี้ (Bandura, 1977: 84-85; 1986: 396-397; 1997: 43)

มิติที่ 1 มิติตามขนาด หรือระดับความยากง่ายของพฤติกรรม (Magnitude or level) หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถในการกระทำพฤติกรรมของแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกันซึ่ง บางครั้งอาจจะถูกจำกัดจากระดับความยากง่ายของงาน ที่บุคคลเชื่อว่าจะสามารถทำได้และเลือกกระทำในสถานการณ์นั้น ๆ การรับรู้ความสามารถของบุคคลจะอยู่ในระดับใดวัดได้โดยเปรียบเทียบกับระดับความต้องการทำงานที่แสดงให้เห็นในขั้นที่ท้าทาย หรือมีสิ่งใดขัดขวางให้การกระทำนั้นไม่ประสบผลสำเร็จ ถ้าไม่มีอุปสรรคเกิดขึ้นกิจกรรมนั้นก็จะเป็สิ่งที่ง่ายต่อการกระทำ และทุกๆคน จะมีความรู้สึกรับรู้ความสามารถของตนเองสูงเหมือนกัน

มิติที่ 2 มิติตามความเข้มแข็งหรือความมั่นใจ (Strength) หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลว่าคุณมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ ถ้าความเชื่อในความสามารถของตนเองมีความเข้มแข็งน้อย บุคคลจะไม่มี ความมั่นใจในความสามารถของตนเองเมื่อประสบกับสถานการณ์ที่ไม่เป็นไปตามความคาดหวัง ในขณะที่บุคคลที่มีความเข้มแข็งหรือเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองอย่างเหนียวแน่นจะมีความอดสาหะใช้ความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำกิจกรรม แม้ว่าประสบกับสถานการณ์ที่มีความยุ่งยาก หรือมีอุปสรรคมากมายเพียงใดก็ตามทำให้กิจกรรมที่เลือกกระทำนั้น มีแนวโน้มที่จะประสบความสำเร็จ

มิติที่ 3 มิติความเป็นสากล (Generality) หมายถึง ความสามารถในการนำประสบการณ์ที่ตนเองเคยประสบความสำเร็จ ในการเผชิญกับสถานการณ์บางอย่างมาก่อนมาใช้ในการปฏิบัติกิจกรรมที่คล้ายคลึงกัน ในสถานการณ์ใหม่ บุคคลจะตัดสินใจความสามารถของตนเองบางสถานการณ์หรือบางกิจกรรมเท่านั้น ซึ่งจะผันแปรไปตามจำนวนของมิติที่แตกต่างกัน ระดับความ

คล้ายคลึงกันของกิจกรรม รูปแบบที่แสดงออกถึงความสามารถ ลักษณะของสถานการณ์และ  
ลักษณะเฉพาะของบุคคลที่มีทำที่ต่อพฤติกรรมนั้น โดยตรง

#### 4.3 วิธีการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura ได้เสนอแหล่งข้อมูลในการสร้าง  
การรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยการที่คนเราจะสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อเรื่อง  
ใดเรื่องหนึ่งนั้นเกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่าง ๆ 4 แหล่งดังนี้ (Bandura, 1977: 80-82;  
1986: 399-401; 1997: 79-101)

1) การมีประสบการณ์ หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (Enactive mastery  
experience) การกระทำกิจกรรมจนเกิดความสำเร็จจะช่วยส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถ  
ของตนเองสูง โดยเชื่อว่าถ้าหากให้กระทำกิจกรรมนั้นอีกหรือกระทำกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึง  
กันคนจะสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ แต่ความล้มเหลวซ้ำแล้วซ้ำเล่าจะบั่นทอนความเชื่อ  
ในความสามารถของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าความล้มเหลวนั้นเกิดขึ้นก่อนที่ความเชื่อมั่นใน  
ความสามารถของตนเองจะถูกสร้างขึ้น ถ้าหากบุคคลใดได้สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของ  
ตนเองขึ้นมาแล้ว ก็มักจะมีความพยายามในการทำกิจกรรมที่กำหนด และถึงแม้จะต้องเผชิญกับ  
อุปสรรคต่างๆ ก็ไม่ย่อท้อง่าย ประสบการณ์ของการได้รับความสำเร็จมาก่อนเป็นแหล่งที่มาที่สำคัญ  
และมีอิทธิพลมากที่สุดในการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง

2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (Model) หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) ที่  
ประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลวจากการกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ย่อมมีผลต่อการรับรู้  
ความสามารถของผู้สังเกตในเรื่องนั้นๆ ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าตัวแบบนั้นมีลักษณะหรืออยู่ใน  
สถานการณ์ที่คล้ายคลึงกับผู้สังเกตมากเท่าไรก็ยิ่งมีอิทธิพลมากขึ้น การที่ได้สังเกตแบบแสดง  
พฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลกรรมที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้สังเกตรู้สึกว่าเขาก็สามารถที่  
จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ การใช้ตัวแบบประกอบด้วย 4  
กระบวนการดังนี้

2.1 กระบวนการตั้งใจ (Attentional processes)

2.2 กระบวนการเก็บจำ (Retention processes)

2.3 กระบวนการกระทำ (Production processes)

2.4 กระบวนการจูงใจ (Motivational processes)

โดยมีรายละเอียดดังนี้ คือ

กระบวนการที่ 1 กระบวนการตั้งใจ (Attentional processes) บุคคลไม่สามารถเรียนรู้ได้จาก  
การสังเกตถ้าเขาไม่มีความตั้งใจรับรู้อย่างแม่นยำถึงพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออก กระบวนการ  
ตั้งใจจะเป็นตัวกำหนดว่า บุคคลจะสังเกตอะไรจากตัวแบบนั้น องค์ประกอบที่มีผลต่อกระบวนการ  
ตั้งใจ แบ่งออกเป็น 2 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบของตัวแบบเอง ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมี

ความตั้งใจที่จะสังเกต ต้องเป็นตัวแทนที่มีลักษณะเด่นชัด เป็นตัวแทนที่ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจพฤติกรรมที่แสดงออก ไม่ซับซ้อนมาก เข้าใจง่าย และพฤติกรรมของตัวแทนที่แสดงออกควรมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์ นอกจากนี้ยังมีองค์ประกอบของผู้สังเกต ได้แก่ ความสามารถในการรับรู้ของผู้สังเกต ซึ่งรวมถึงการเห็น การได้ยิน การรับรู้รส กลิ่น และสัมผัส ระดับการรับรู้ความสามารถทางปัญญา ระดับของการตื่นตัว และความชอบที่เคยเรียนรู้มาก่อนแล้ว

กระบวนการที่ 2 กระบวนการเก็บจำ (Retention processes) บุคคลต้องจดจำลักษณะของตัวแทน แล้วแปลงข้อมูลจากตัวแทนเป็นรูปของสัญลักษณ์ และจัดโครงสร้างเพื่อให้จดจำง่าย การที่บุคคลมีความเก็บจำจึงสามารถแสดงพฤติกรรมเลียนแบบทันที หรือแสดงพฤติกรรมเลียนแบบภายหลังการสังเกตพฤติกรรมของตัวแทนผ่านไประยะเวลาหนึ่ง

กระบวนการที่ 3 กระบวนการกระทำ (Production processes) เป็นกระบวนการที่ผู้สังเกตแปลงสัญลักษณ์ที่เก็บจำไว้นั้นมาเป็นการกระทำ การได้ข้อมูลย้อนกลับจากการกระทำของตนเอง และเทียบเคียงการกระทำกับภาพที่จำได้ จะช่วยให้ผู้สังเกตสามารถปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมการเลียนแบบของตนจนเป็นที่พึงพอใจ

กระบวนการที่ 4 กระบวนการจูงใจ (Motivational processes) พฤติกรรมที่ผู้สังเกตเรียนรู้จากการสังเกตตัวแทน อาจแสดงออกมาหรือไม่ก็ได้ขึ้นอยู่กับสิ่งล่อใจภายนอก ถ้าพฤติกรรมของตัวแทนได้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจ หรือสามารถหลีกเลี่ยงผลลัพธ์ที่ไม่พึงพอใจ จะมีแนวโน้มเลียนแบบสูง เพราะบุคคลเกิดความคาดหวังในผลลัพธ์เช่นเดียวกับตัวแทน หรือเกิดความรู้สึกแฝงว่าตนคือผู้ได้รับผลลัพธ์ที่น่าพอใจนั้น

ประเภทของตัวแทนเสนอได้เป็น 2 ประเภทดังนี้ (Bandura, 1977: 80-81)

ประเภทที่ 1 ตัวแบบที่เป็นบุคคลจริงๆ (Live modeling) คือตัวแทนที่บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง

ประเภทที่ 2 ตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ (Symbolic modeling) คือ ตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ การ์ตูน หนังสือ ภาพลentic (สมโภชน์ เอี่ยมสุภามิตม 2541: 51) ตัวแบบที่ทำให้บุคคลมีการสังเกตนั้นจะต้องมีลักษณะเด่นชัด ทำให้ผู้สังเกตเกิดความพึงพอใจ พฤติกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อน มีความเป็นไปได้ ดึงดูดใจให้ปฏิบัติตาม และมีคุณค่าในการใช้ประโยชน์ (Bandura, 1997: 89)

3) การได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง (Verbal persuasion) หมายถึง การที่ผู้อื่นซึ่งมีความสำคัญหรือเป็นที่เคารพนับถือของบุคคลนั้น (Significant persuasion) ได้แสดงออกโดยคำพูดว่า เขามีความเชื่อในความสามารถของบุคคลนั้นว่าสามารถกระทำกิจกรรมที่กำหนดได้ การพูดชักจูงให้เชื่อความสามารถของตนเองนี้ย่อมทำให้บุคคลนั้นเลิกสงสัยในตัวเอง (Self-doubts) แต่เกิดกำลังใจและความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำให้สำเร็จ

4) สภาวะทางสรีระและอารมณ์ (Physiological and affective states) ในการตัดสินใจ ความสามารถของตนเองของบุคคล ส่วนหนึ่งอาศัยอาการแสดงทางกายและสภาวะอารมณ์ที่ถูกกระตุ้น เมื่อเผชิญกับภาวะเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคาม จะมีผลต่อความรู้สึกในทางลบ เช่น เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ซึ่งโดยทั่วไปคนเรามักจะท้อถอยและคิดถึงความเสี่ยงมากกว่าจะคาดหวังถึงความสำเร็จเมื่ออยู่ในภาวะเหน็ดเหนื่อยหรือตึงเครียด

#### 4.4 การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง

การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตีความของบุคคลที่เจาะจงต่อพฤติกรรมเฉพาะอย่าง ภายใต้สถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ในการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura (1997) กล่าวว่าควรวัดเจาะจงกับสถานการณ์หรือพฤติกรรมที่แสดงให้เห็นถึงความยุ่งยากและเป็นอุปสรรคต่อการกระทำเพื่อทำให้ประสบความสำเร็จตามที่คาดหวังไว้ โดยการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองมี 2 อย่าง คือ

1. การวัดโดยการประเมินความเชื่อมั่นว่าสามารถกระทำพฤติกรรมเฉพาะอย่างสำเร็จหรือไม่

2. การวัดโดยการประเมินระดับความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ

ในการวัดการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง ควรสะท้อนให้เห็นความเชื่อมั่น 3 มิติ คือ การรับรู้ในความยากง่ายของพฤติกรรม (Magnitude) ความเข้มแข็งหรือความมั่นใจในความสามารถของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นได้สำเร็จ (Strength) และความสามารถในการนำประสบการณ์ที่เคยได้รับไปใช้ปฏิบัติในสถานการณ์ใหม่ (Generality) แต่การศึกษาส่วนมากอาศัยการวัดความเชื่อในความสามารถของตนเองมิติเดียว ที่ส่วนใหญ่จะตรงกับมิติความเข้มแข็งหรือความมั่นใจในความสามารถของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมภายใต้เงื่อนไขที่แน่นอน ในมาตรฐานของวิธีการวัดความเชื่อในความสามารถของตนเองของแต่ละบุคคล จะปรากฏออกมาในลักษณะเห็นด้วยกับข้อความต่าง ๆ ที่บรรยายถึงระดับที่แตกต่างกันของงานที่ต้องการทำ และให้ประเมินความเข้มแข็งของความเชื่อในความสามารถของตนเอง ที่จะประสบในกิจกรรมที่ต้องกระทำ ข้อความแต่ละข้อจะใช้คำว่า “สามารถทำได้” (Can do) มากกว่าคำว่า “จะทำ” (Will do) ซึ่ง “สามารถ” คือ การตัดสินใจความสามารถในการกระทำกิจกรรมนั้น “จะ” คือ การเข้าถึงความตั้งใจในการกระทำกิจกรรมนั้น แม้การรับรู้ความสามารถของตนเองส่วนมากเป็นการตัดสินใจในเรื่องของความตั้งใจ แต่ทั้ง 2 คำนี้ มีแนวคิดและหลักการสังเกตที่แตกต่างกัน ความเชื่อในความสามารถมีผลกระทบต่อการทำงานโดยตรง และมีอิทธิพลต่อความตั้งใจ

คำแนะนำในขั้นต้นของแบบวัดจะสร้างการคาดหวังถึงการตัดสินใจที่เหมาะสม ซึ่งเมื่อถูกถามผู้ตอบจะตัดสินใจการกระทำของตนเองตามความสามารถที่เป็นอยู่ในขณะนั้น ไม่ใช่จากความสามารถที่ซ่อนเร้นอยู่ภายในหรือจากความสามารถที่คาดหวังไว้ในอนาคต ในกรณีของการวัด

การรับรู้ความสามารถของตนเอง บุคคลจะประเมินความแน่นอนของตนเองที่ความสามารถในการกระทำกิจกรรมตามที่ระบุไว้ในช่วงเวลานั้น ได้ทั้งหมด ระดับความเข้มแข็งของการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถวัดได้ 2 แบบคือ 1) แบบที่มีการตัดสินใจ 2 ครั้ง โดยครั้งแรกบุคคลจะตัดสินใจว่าตนเองสามารถที่จะทำให้สำเร็จได้หรือไม่ ถ้าตัดสินใจว่างานนั้นสามารถทำได้ หลังจากนั้นให้ประเมินความเข้มแข็งของการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยใช้การวัดคะแนนความเข้มแข็งของความสามารถ 2) แบบที่มีการตัดสินใจครั้งเดียว โดยการประเมินความเข้มแข็งของความเชื่อในความสามารถของตนเองอย่างง่าย ๆ จาก 0 ถึง 100 หรือ 0 ถึง 10 สำหรับกิจกรรมในทุกๆ ชั้นที่นำมา การวัดแบบที่มีการตัดสินใจครั้งเดียวทำให้ได้สาระสำคัญตรงกับเรื่องที่จะบอก ใช้ได้ง่ายและเชื่อถือได้มากกว่า คะแนนความเข้มแข็งของการรับรู้ความสามารถที่รวมได้และหารด้วยจำนวนข้อทั้งหมดจะบ่งบอกถึงระดับความเข้มแข็งของการรับรู้ความสามารถของตนเอง สำหรับกิจกรรมนั้น การวัดระดับของความสามารถ สามารถหาได้โดยการเลือกจากข้อที่มีคะแนนต่ำ ซึ่งบุคคลจะประเมินตนเองว่าไม่มีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในกิจกรรมที่อยู่ในข้อคำถาม

ในการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื้อหาของคำถามในแต่ละข้อต้องแสดงถึงความเชื่อเกี่ยวกับความสามารถของบุคคลที่ก่อให้เกิดการกระทำในระดับที่เฉพาะเจาะจง และต้องไม่รวมเอาลักษณะเฉพาะอื่นๆ เข้าไปไว้ด้วย นอกจากนี้ในการประเมินไม่ควรประเมินร่วมกับรูปแบบความสามารถของพฤติกรรมและข้อคำถามที่ใช้ในการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเอง ควรจะมีลำดับจากง่ายขึ้นไปหายาก คำถามในขั้นแรกจะมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจความสามารถในข้อถัดไป จากการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา เรื่องผลของการใช้โปรแกรมป้องกันการคัดดึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ซึ่งโปรแกรมป้องกันการคัดดึงเต้านมจะจัดขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการวัดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) จึงมีการวัดการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการคัดดึงเต้านม ซึ่งแบบวัดนี้เป็นเครื่องมือกำกับการทดลองของงานวิจัยนี้

## 5. การส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการคัดดึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัด

### คลอดบุตร

การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด และเป็นตัวเชื่อมระหว่างการรับรู้และการกระทำ มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันการคัดดึงเต้านม (Robson, 1990) มาใช้เป็นแนวทางในการจัดโปรแกรมป้องกันการคัดดึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการคัดดึงเต้านมในระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตร และสามารถปฏิบัติ หรือแสดงพฤติกรรมป้องกันการคัดดึงเต้านมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยใช้แหล่งส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองทั้ง 4 แหล่ง โดยมีรายละเอียดดังนี้

## 5.1 การได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง

โดยการใช้คำพูดชี้แจง อธิบายให้ความรู้ คำแนะนำ และกระตุ้นชักชวนให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร เชื่อว่าตนมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมการป้องกันการคัดติงเต้านมได้โดยมีกิจกรรมดังนี้ คือ

5.1.1 การให้ความรู้โดยการสอนเป็นรายบุคคลประกอบสื่อการสอน (ภาพพลิก) จำนวน 3 เรื่อง คือ

1) เรื่อง การคัดติงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร การเปลี่ยนแปลงของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ส่งผลต่อการคัดติงเต้านม ความหมายของการคัดติงเต้านม อาการและอาการแสดง สาเหตุ ระยะเวลาที่พบอาการ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคัดติงเต้านม และ การประเมินลักษณะของการเริ่มการคัดติงเต้านม

2) เรื่อง การส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม

3) เรื่อง การนำน้ำนมที่เหลือค้างออกจากเต้านม ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ วิธีการนำน้ำนมที่เหลือค้างออกจากเต้านมได้ การเก็บรักษาน้ำนมมารดาและการนำน้ำนมมารดาที่เก็บมาใช้

### การสอนเป็นรายบุคคล

คือ การสอนสุขภาพแก่ผู้เรียนแบบตัวต่อตัว เพราะวิธีนี้มีผลดี คือ

1) ผู้สอนได้ทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหา ความต้องการของผู้เรียนแต่ละราย ฉะนั้นการให้ความรู้จะต้องตรงกับความต้องการของผู้เรียนมากที่สุด

2) ผู้เรียนสามารถมองปัญหาของตนเองได้ชัดเจน สามารถแก้ไขปัญหาเองได้

3) สามารถประเมินผลการเรียนของผู้เรียนได้ทันที หากวิธีการสอนยังไม่เหมาะสมก็สามารถเปลี่ยนวิธีการได้

4) ทำให้ทราบว่าควรให้กำลังใจแก่ผู้เรียนแต่ละคนมากน้อยเพียงใด และในแง่ใดบ้าง

5) เป็นการสร้างความสัมพันธ์อันดีต่อกันระหว่างผู้สอน และผู้เรียน ให้ความรู้ลึกเป็นกันเอง ผู้เรียนกล้าที่จะปรึกษาส่วนตัว ผู้สอนมีโอกาสรอบปัญหาของผู้เรียน

5.1.2 การกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม โดยการกล่าวสนับสนุน ให้กำลังใจ กระตุ้นให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง และเสริมแรงจิตใจเมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรปฏิบัติได้ถูกต้อง โดยการซักถามปัญหาต่างๆ การทบทวนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคัดติงเต้านม และการให้คำแนะนำ และชี้แนะแนวทางการแก้ไข ปัญหาที่เหมาะสมร่วมกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสอนเป็นรายบุคคล เพื่อให้สามารถสนองต่อความสนใจ ความสามารถและความต้องการของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรแต่ละคน โดยยึดหลักความแตกต่างระหว่างบุคคลในด้านความสามารถ สติปัญญา ความสนใจ ความต้องการสภาวะร่างกาย อารมณ์ และสังคม

## 5.2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น

โดยการจัดให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้เห็นและสังเกตการกระทำของตัวแบบหรือประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จในการป้องกันการคัดตั้งเต้านม โดยมีกิจกรรมดังนี้ คือ การสังเกตวิธีการปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันการคัดตั้งเต้านมผ่านการสาธิตจากผู้วิจัยและจากมารดาที่ประสบความสำเร็จในกิจกรรม การสังเกตตัวแบบผ่านหนังสือคู่มือ และภาพพลิกประกอบการสอน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

### หนังสือคู่มือ (Hand book)

หนังสือคู่มือ เป็นสื่อการสอนชนิดหนึ่ง ซึ่งสื่อการสอน หมายถึง ตัวกลางที่นำความรู้จากผู้สอนไปสู่ผู้เรียน ทำให้การเรียนรู้การสอนเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่วางไว้เป็นอย่างดี ทั้งนี้เพราะว่าสื่อการสอนช่วยให้เข้าใจสิ่งที่เป็นนามธรรมจากการที่สามารถถ่ายทอดออกมาเป็นรูปธรรมได้ดียิ่งขึ้น หนังสือคู่มือสามารถใช้ได้ทั้งเป็นสื่อหลัก และสื่อประกอบการสอน ช่วยให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของหนังสือคู่มือดังนี้

กิดานันท์ มลิทอง (2543: 83) กล่าวว่า หนังสือเรียนคู่มือ และสื่อสิ่งพิมพ์อื่นๆ สามารถให้ความหมายต่อประสบการณ์การเรียนรู้แก่ผู้ช่วยได้ โดยการนำสื่อเหล่านี้ไปใช้เพื่อเป็นความรู้พื้นฐานและอ้างอิง

ปรีชา ช้างขวัญยืน และคนอื่นๆ (2539: 127) กล่าวว่า หนังสือคู่มือ (Hand book) หมายถึง หนังสือคู่มือที่ใช้คู่กับการทำอะไรอย่างใดอย่างหนึ่ง วัตถุประสงค์ของคู่มือก็เพื่อใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติแก่ผู้ใช้คู่มือ ช่วยให้ผู้สามารถใช้สามารถทำอะไรสิ่งหนึ่งตามที่ต้องการได้บรรลุผลสำเร็จตามเป้าหมาย

หนังสือคู่มือเป็นสื่อการเรียนการสอนประเภทวัสดุสิ่งพิมพ์มีข้อดีและข้อเสียดังนี้คือ (กิดานันท์ มลิทอง, 2543: 85)

ข้อดี เป็นวิธีการเรียนรู้ที่ดีที่สุด สามารถอ่านได้ตามความสามารถของแต่ละบุคคล เหมาะสำหรับการอ้างอิงหรือทบทวน เหมาะสำหรับการแจกเป็นจำนวนมาก และสะดวกในการแก้ไข อีกทั้งยังช่วยให้ผู้รับความรู้ไม่จำเป็นต้องบันทึกการบรรยายอีก

ข้อเสีย ต้นทุนการผลิตค่อนข้างสูงถ้าให้ได้สิ่งพิมพ์ที่มีคุณภาพ บางครั้งข้อมูลล้าสมัยง่ายต้องปรับปรุงอยู่เสมอ และผู้ที่ไม่รู้หนังสือไม่สามารถอ่านได้

เนื่องจากหนังสือคู่มือเป็นสื่อการสอนชนิดหนึ่ง ซึ่งผู้สอนใช้ถ่ายทอดความรู้ เจตคติ และทักษะไปสู่ผู้เรียน ดังนั้นการสร้างหนังสือคู่มือจึงใช้แนวเดียวกับการผลิตสื่อโดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้ คือ

- 1) เลือกหัวเรื่อง ศึกษาว่าเนื้อหาที่จะสอนเป็นอย่างไร
- 2) ประเมินผู้เรียน เพื่อให้ทราบความต้องการและข้อจำกัดของผู้เรียน
- 3) กำหนดเนื้อหา วัตถุประสงค์ของหนังสือคู่มือว่าต้องการให้ผู้เรียนรู้ในประเด็นใดบ้าง และทำการรวบรวมและจัดเนื้อหา
- 4) ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา นำมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มเป้าหมายแล้วนำมาแก้ไข ปรับปรุงให้เหมาะสมก่อนการจัดพิมพ์
- 5) นำไปใช้จริงเมื่อทดสอบแก้ไขปรับปรุงจนมีคุณภาพดีแล้วจึงนำไปเผยแพร่หรือใช้งานตามที่วางแผนไว้

ในการวิจัยครั้งนี้สื่อการสอนที่เป็นหนังสือคู่มือที่ผู้วิจัยนำมาใช้ประกอบการสอน คือ คู่มือการป้องกันการคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ซึ่งเป็นตัวกลางช่วยในการส่งข่าวสารความรู้ให้แก่มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรในการศึกษาด้วยตนเอง เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดการเรียนรู้ และเป็นแนวทางให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันการคัดตั้งเต้านมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

#### **ภาพพลิก (Flip chart)**

ภาพพลิก (Flip chart) เป็นทัศนวัสดุในชุดของภาพถ่าย ภาพวาด แผนภูมิ ซึ่งนำภาพหลายๆ ภาพ ภาพที่เป็นเรื่องราวเดียวกันรวมไว้ด้วยกัน ภาพต่างๆ มีความสัมพันธ์ต่อเนื่องกันในเนื้อหาตามลำดับ เหมาะในการติดตัวไปสอนในที่ต่างๆ การสอนทำได้โดยการพลิกภาพไปด้านหลังทีละภาพ การจัดทำภาพพลิกอาจทำได้ด้วยกระดาษแข็งชนิดบางหรือหนาก็ได้ นำมาเย็บติดกันเป็นเล่ม และใช้กระดาษแข็งทำเป็นปกให้พอที่จะตั้งและแขวนได้ สำหรับขนาดภาพที่จะนำมาทำภาพพลิกนั้นอาจได้มาจากการเขียน การถ่ายภาพ หรือขยายภาพ (จันทร์พิมพ์ สายสมร, 2532: 552)

การทำภาพพลิกให้มีลักษณะที่ดีควรคำนึงถึงสิ่งต่อไปนี้คือ 1) การจัดวางภาพได้สัดส่วนชวนดู เข้าใจง่าย ให้ความหมายทันทั่วทั้งที่มองเห็น 2) ใช้ภาพง่ายๆ คำอธิบายควรเป็นประโยคสั้นๆ และง่าย ขนาดตัวอักษรชัดเจน และควรเป็นอักษรแบบเดียวกันทั้งหมด 3) ภาพควรเป็นภาพสี จำนวนภาพควรอยู่ระหว่าง 5-15 ภาพ แต่ละภาพเรียงลำดับต่อเนื่องกัน ขนาดของภาพประมาณ 2 ฟุต X 3 ฟุต และ 4) ควรสรุปในตอนท้ายของเรื่อง (จันทร์พิมพ์ สายสมร, 2532: ฌรงค์ สมพงษ์, 2530: 124; นที เกื้อกูลกิจการ, 2541: 216)

ข้อดีของภาพพลิก สามารถใช้ในการสอนหรือการแนะนำได้ง่าย เพราะสามารถติดตัวไปได้และวิธีการไม่ยุ่งยาก ค่าใช้จ่ายในการผลิตถูก ใช้เครื่องมือในการผลิตไม่มาก สามารถกำหนด



รูปแบบได้ตามต้องการตามความสามารถของผู้เรียน และไม่ต้องกังวลอำนาจความสะดวก หรืออุปกรณ์อื่นๆ นำไปสอนได้ทันที ไม่ต้องมีเครื่องฉายหรือจอ

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างภาพพลิกประกอบการสอน จำนวน 3 เรื่อง คือ 1. การคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร 2. การส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม 3. การนำน้ำนมที่เหลือค้างออกจากเต้านม โดยภาพพลิกประกอบด้วยรูปและข้อความที่สอดคล้องกับแผนการสอน เพื่อช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้มองเห็นภาพและเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการคัดตั้งเต้านมได้ง่ายขึ้น

### **การสาธิต (Demonstration)**

การสาธิตจัดเป็นกลยุทธ์การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาลที่สำคัญมาก โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้รับบริการได้เกิดการเรียนรู้ทั้งด้านทักษะ และความรู้ (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541: 197) เป็นการแสดงให้เห็นให้ผู้รับบริการได้มีความเข้าใจในหลักการ และกระบวนการ ผู้เรียนจะเกิดการเรียนรู้ จากการสังเกต การฟัง การกระทำหรือการแสดง

ประโยชน์ของการสาธิตนั้น จะช่วยให้ผู้เรียนได้เห็นวิธีการตามลำดับขั้นตอนอย่างชัดเจน ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างแจ่มแจ้ง และเกิดความมั่นใจตนเองว่าสามารถทำได้ เป็นการเรียนรู้ที่น่าสนใจ เพราะผู้เรียนได้มีโอกาสเห็นการปฏิบัติ และได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมนั้นๆ สามารถจดจำและนำไปใช้ได้ ซึ่งในการสาธิตให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ควรปฏิบัติดังนี้

1) การเตรียมสาธิต ผู้สาธิตต้องมีความพร้อมทั้งด้านความรู้และทักษะในเรื่องที่จะสาธิตเป็นอย่างดี มีการจัดลำดับขั้นตอนการสาธิตให้เหมาะสมซึ่งเอื้อต่อการเรียนรู้ ระบุวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมในการสาธิตแต่ละครั้งอย่างชัดเจน จัดเตรียมเครื่องมือ เครื่องใช้ วัสดุ อุปกรณ์ที่จะสาธิตไว้ให้พร้อม ตรวจสอบเครื่องมือที่จะใช้ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้ เตรียมกระบวนการสาธิต จัดเตรียมสถานที่ ทำการทดลองหรือฝึกซ้อมก่อนที่จะมีการสาธิตจริง จัดเตรียมผู้รับบริการให้พร้อมสำหรับการสาธิต กำหนดช่วงเวลาของการสาธิต และเวลาการสาธิตย้อนกลับ

2) การดำเนินการสาธิต ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ของการสอน แนะนำเครื่องมือที่จะใช้ให้ผู้รับบริการได้ทำความรู้จักคุ้นเคย ระหว่างที่สาธิตต้องอธิบายด้วยเสียงที่ดัง ฟังชัด ได้ยินทั่วถึงควรสาธิตให้ผู้รับบริการดูอย่างสมบูรณ์ครั้งหนึ่งก่อน แล้วทำซ้ำอีกครั้งอย่างช้าๆ พร้อมทั้งให้ผู้รับบริการทำตาม ระหว่างการสาธิตต้องคอยสังเกตปฏิกิริยาของผู้รับบริการด้วยว่าอย่างไร

3) หลังการสาธิต ควรมีการประเมินผลการเรียนรู้ของผู้รับบริการ และประเมินผลการสาธิตของตนเองร่วมด้วย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีการสาธิตประกอบการสอน เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ทั้งด้านทักษะและความรู้ (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541: 197) โดยเป็นการแสดงให้เห็นให้ผู้รับบริการได้มีความเข้าใจในหลักการ และกระบวนการ ผู้เรียนจะเกิดการเรียนรู้ทั้งด้านทักษะ และความรู้จากการสังเกต การฟัง การกระทำหรือการแสดง โดยผู้วิจัยสาธิตประกอบการสอน คือ

1) การคัดคั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ได้แก่ การประเมินลักษณะของการเริ่มการคัดคั้งเต้านม

2) การส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม ได้แก่ การใช้ความร้อน การนวดเต้านม การให้ทารกดูดนมมารดาอย่างมีประสิทธิภาพ และการอุ้มทารกดูดนมมารดา

3) การนำนํ้านมที่เหลือคั้งออกจากเต้านม ได้แก่ การบีบนํ้านม

### 5.3 การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง

โดยผู้วิจัยจัดให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ได้มีประสบการณ์ตรงจากการลงมือและทำได้สำเร็จด้วยตนเองในการป้องกันการคัดคั้งเต้านม โดยกระทำผ่านวิธีการฝึกทักษะประกอบด้วย กิจกรรมการฝึกทักษะดังนี้ คือ

1) การคัดคั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ได้แก่ การประเมินลักษณะของการเริ่มการคัดคั้งเต้านม

2) การส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม ได้แก่ การใช้ความร้อน การนวดเต้านม การให้ทารกดูดนมมารดาอย่างมีประสิทธิภาพ และการอุ้มทารกดูดนมมารดา

3) การนำนํ้านมที่เหลือคั้งออกจากเต้านม ได้แก่ การบีบนํ้านม

### 5.4 การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์

ในการตัดสินใจความสามารถของตนเองของบุคคล ส่วนหนึ่งอาศัยจากการแสดงทางร่างกายและสภาพอารมณ์ที่ถูกกระตุ้น เมื่อเผชิญความเครียด หรือสถานการณ์ที่คุกคามจะมีผลต่อความรู้สึกในทางลบ เช่น เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง หากบุคคลรับรู้ว่าคุณมีความกลัว หรือความวิตกกังวล จะขาดความเชื่อมั่นในตนเอง ไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี นำไปสู่การรับรู้ถึงความล้มเหลว ไร้ความสามารถ และมักจะหลีกเลี่ยงการกระทำพฤติกรรมหรือเผชิญกับสถานการณ์นั้น แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางร่างกายหรืออารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองดีขึ้น และทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541: 60) ดังนั้น เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และสามารถแสดงออกถึงความสามารถในการกระทำพฤติกรรมป้องกันการคัดคั้งเต้านมได้เหมาะสม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้จัดกิจกรรมเพื่อลดการกระตุ้นทางร่างกาย และการกระตุ้นทางอารมณ์ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1) การสนับสนุนทางร่างกาย โดยการซักถามอาการและประเมินสภาพทั่วไปของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร และเตรียมร่างกายมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรให้พร้อมก่อนดำเนินกิจกรรม

2) การสนับสนุนทางอารมณ์ เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวล มีการเตรียมความพร้อมด้านจิตใจของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร โดยการจัดสถานที่ให้เหมาะสมและมีบรรยากาศที่ผ่อนคลาย มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การเปิดโอกาสให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้ซักถาม และ

การกระตุ้นให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรพูดคุยระบายความรู้สึกเกี่ยวกับการป้องกันการคัดเต้านม โดยผู้วิจัยรับฟังและให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทางและแก้ไขปัญหาตามความเหมาะสมในแต่ละราย

ด้วยเหตุที่การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด และเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล จากแนวคิดทางทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่กล่าวไว้ข้างต้นจะเห็นได้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองว่ามีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่งที่เฉพาะ และความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น ถ้าบุคคลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองมาก หรือมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่ตนปรารถนาก็จะมีความพยายาม มีความอดทนในการทำกิจกรรมหรือทำงานที่ยากนั้นต่อไป ซึ่งจะช่วยให้บุคคลนั้นมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าบุคคลมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในระดับต่ำก็จะหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมนั้น ทำให้ขาดความพยายามและเลิกกระทำไปในที่สุด ดังนั้นในสถานการณ์ของการเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ที่เสี่ยงต่อการคัดเต้านม ถ้ามารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้รับการส่งเสริมให้เกิดความเชื่อมั่น เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น ก็จะส่งผลให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรสามารถปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมป้องกันการคัดเต้านมที่ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 6.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง

Froman and Owen (1990) ศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารก และทักษะการดูแลทารกของมารดา ซึ่งได้แก่ความสามารถในการป้อนนม การให้เรือ การเปลี่ยนผ้าอ้อม การอาบน้ำ และการอุ้มทารกให้กลุ่มตัวอย่างมารดา ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล จำนวน 200 ราย ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองซึ่งประเมินโดยมารดา มีความสอดคล้องสัมพันธ์กับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลทารกและพบว่า อายุของมารดา จำนวนบุตรและทักษะของมารดา เป็นตัวแปรที่มีอำนาจการทำนายการรับรู้ความสามารถในการดูแลทารกสูงสุด

นุชนาถ สะกะมณี (2541) ศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอด โดยกลุ่มตัวอย่าง เป็นมารดาหลังคลอดครั้งแรก อายุระหว่าง 20-35 ปี จำนวน 20 ราย โดยทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมจำนวนกลุ่มละ 20 คน ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอดที่ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับ

มาก และความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอดที่ได้ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $P < .05$ )

ศรีนิช มังคะมณี (2547) ศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแรกทำการศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สมทรง เล้าฝ่าย (2541) ศึกษา ผลการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมดูแลทารก โดยทำการศึกษาในกลุ่มมารดาของทารกคลอดก่อนกำหนด จำนวน 20 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 10 ราย กลุ่มทดลอง 10 ราย ผลการศึกษา พบว่า มารดาที่ได้รับการเตรียมมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียม และมีพฤติกรรมดูแลทารกถูกต้องมากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียม ( $P < .001$ )

สมพร โชติวิทยธารากร (2543) ศึกษาโปรแกรมพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีบุตรเป็นโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับโปรแกรมพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของมารดาและพฤติกรรมมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 12 ของโปรแกรม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะของมารดาและพฤติกรรมมารดาในการดูแลบุตรเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม ( $P < .001$ )

สุนิดา ชูแสง (2546) ศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถเป็นมารดาต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแรกทำการศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ผลการวิจัยพบว่า การปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นแรกหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถการเป็นมารดาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุหรี หนุ่งอาหลี (2547) ศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดาหลังคลอดครั้งแรก ทำการศึกษาในกลุ่มมารดาหลังคลอดวัยรุ่นแรก แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรกที่ได้รับ โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้

ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง จะเห็นได้ว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในบุคคลกลุ่มต่างๆ และมีอิทธิพลต่อความนึกคิด และเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายแนวโน้มของการเกิดพฤติกรรม ทำให้บุคคลเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นที่จะกระทำพฤติกรรมหรือมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นๆ ได้

## 6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับการคัดตั้งเต้านม

Evans, Evans, and Simmer (1995) ศึกษาเปรียบเทียบ 2 วิธีในการดูคนมมารดาในมารดาที่เกิดการคัดตั้งเต้านม กลุ่มทดลองคือกลุ่มที่มารดานำนํ้านมออกจากเต้านมจนหมด 1 ข้าง กลุ่มควบคุมคือมารดาที่มีการนํ้านมออกทั้ง 2 ข้างเท่าๆกัน โดยติดตามเป็นระยะเวลา 6 เดือนหลังคลอด พบว่า มีความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่มในการเกิดการคัดตั้งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Hill and Humenick (1994) ศึกษาการเกิดการคัดตั้งเต้านมในระยะหลังคลอด 1-14 วัน หลังคลอดในมารดาหลังคลอดครรภ์แรก และครรภ์หลัง 114 รายที่คลอดด้วยการคลอดทางช่องคลอด และมารดาที่คลอดด้วยการผ่าตัดทางหน้าท้อง พบว่า มารดาที่เคยมีประสบการณ์การคัดตั้งเต้านมในครรภ์แรก จะสามารถทำนายว่าจะเกิดการคัดตั้งเต้านมในครรภ์ต่อไป และจะเกิดการคัดตั้งเต้านมที่รุนแรงขึ้นมากกว่าการตั้งครรภ์ครั้งแรก

Meserve (1982) ศึกษาถึงการจัดการกับอาการคัดตั้งเต้านมในระยะหลังคลอดบุตรของมารดาที่ไม่ต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า กลุ่มทดลองที่เกิดการคัดตั้งเต้านมและได้ปั้มนํ้านมที่คัดตั้งในเต้านมด้วยมือ หายจากการคัดตั้งเต้านมเร็วกว่า เกิดความสุขสบายมากกว่ากลุ่มควบคุมที่เกิดการคัดตั้งเต้านมและได้รับการพยาบาลตามปกติ

Moon and Humenick (1989) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการคัดตั้งเต้านมในมารดาหลังคลอดบุตร 54 ราย พบว่า เวลาที่เริ่มดูคนมมารดา ความถี่ของการดูคนมมารดา ระยะเวลาที่ดูคนมมารดา อัตราการสร้างนํ้านม และการได้รับการสนับสนุน มีความสัมพันธ์ต่อการคัดตั้งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Nikodem, Danziger, Gebka, Gulmezoglu, and Hofmeyr (1993) ศึกษาการใช้ใบกะหล่ำปลีในมารดาที่เกิดการคัดตั้งเต้านม โดยกลุ่มทดลองเป็นมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ศึกษาในระยะหลังคลอดบุตร 72 ชั่วโมง และได้รับการใช้ใบกะหล่ำปลีเมื่อเกิดการคัดตั้งเต้านม กลุ่มควบคุมเป็นมารดาที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า กลุ่มทดลองมีการคัดตั้งเต้านมลดลง แต่ไม่เกิดความพึงพอใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกไม่สะดวกในการใช้ใบกะหล่ำปลี

Schneider and Raber (1993) ศึกษาถึงการผันแปรของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การหลังนํ้านม โรคที่เกิดการอักเสบในเต้านมในหญิงที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า การประสบความสำเร็จในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เกิดขึ้นเมื่อได้รับการดูแลกระตุ้นนมแม่ครั้งแรกใน 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอดบุตร และการกระตุ้นการหลังนํ้านมที่ดีที่สุด คือ การดูแลกระตุ้นนมมารดาประมาณ 7-10 นาที

Yokoyama, Ueda, Irahara, and Aono (1994) ศึกษาถึงการหลังของฮอร์โมนออกซิโทซิน และฮอร์โมนโพรแลคติน ระหว่างกลุ่มที่มีการนวดเต้านมและกลุ่มที่ให้ทารกดูดนมมารดาในมารดาหลังคลอดบุตร พบว่า กลุ่มที่ให้ทารกดูดนมมารดามีการเพิ่มขึ้นของการหลังของฮอร์โมนออกซิโทซิน และฮอร์โมนโพรแลคติน ส่วนมารดาในกลุ่มที่มีการนวดเต้านม พบว่า ไม่มีการเพิ่มขึ้นของการหลังของฮอร์โมนออกซิโทซิน และฮอร์โมนโพรแลคติน ดังนั้นการศึกษานี้จึงสรุปว่า การให้ทารกดูดนมมารดาเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการสร้างและการหลังนํ้านม แต่การนวดเต้านม เป็นสาเหตุของการหลังนํ้านมเพียงอย่างเดียว และการหลังของการหลังของฮอร์โมนโพรแลคตินไม่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของฮอร์โมนออกซิโทซิน

Sandberg (1999) ศึกษาการใช้ความเย็นในการรักษามารดาหลังคลอดครั้งแรกที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่และเกิดการคัดตึงเต้านม พบว่า มารดาที่เกิดการคัดตึงเต้านมมีความรู้สึกรู้สึกสบายกับการการใช้ความเย็นในการรักษาเนื่องจากสามารถลดความเจ็บปวดและบวมของการคัดตึงเต้านม

Snowden, Renfrew, and Woolridge (2003) ศึกษาการลดการคัดตึงเต้านมในมารดาที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า การใช้ใบกะหล่ำปลีและการประคบเย็น การใช้ยาแก้ปวด การนวดเต้านม มีประสิทธิภาพในการลดการคัดตึงเต้านม และการเริ่มต้นในการรักษาคือการป้องกันการเกิดอาการคัดตึงเต้านม

ทัศน์ศรี เสมียนเพชร (2532) ศึกษาผลของการให้ทารกเริ่มดูดนมมารดาเร็วและความถี่ในการดูดนมต่ออาการคัดตึงเต้านมของมารดาหลังคลอดบุตร กลุ่มตัวอย่างเป็นมารดาที่มีการคลอดครั้งแรก จำนวน 30 ราย พบว่ามารดาที่ให้ทารกเริ่มดูดเร็วและมีความถี่ของการดูดนมอย่างสม่ำเสมอในระยะหลังคลอด มีผลต่ออาการคัดตึงเต้านมของมารดาหลังคลอดบุตร

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเกี่ยวกับการป้องกันการคัดตึงเต้านมยังไม่มีภารกิจที่ชัดเจนในการป้องกันการคัดตึงเต้านม แต่มีกิจกรรมที่เกี่ยวกับการจัดการกับอาการกับมารดาหลังคลอดที่เกิดการคัดตึงเต้านมแล้ว ผู้วิจัยจึงสนใจเกี่ยวกับการป้องกันการคัดตึงเต้านม เพื่อลดการเกิดมากกว่าการที่จะมาแก้ไขปัญหาทีหลัง จึงพัฒนาโปรแกรมป้องกันการคัดตึงเต้านมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร โดยใช้กรอบแนวคิดของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการคัดตึงเต้านม (Robson, 1990) ซึ่งประกอบด้วย 1) การได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง 4) การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ ซึ่งโปรแกรมป้องกันการเกิดอาการดังกล่าวจะช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอด

บุตรมีความรู้ ทักษะในการป้องกันการคัดติงเต้านมได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และสามารถป้องกันการคัดติงเต้านมได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การเกิดการคัดติงเต้านมลดลง ลดความไม่สุขสบาย ทุกข์ทรมาน ลดความเครียด ความวิตกกังวลที่อาจเกิดขึ้น ทำให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างมีประสิทธิภาพ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

โปรแกรมป้องกันการคัดตึงเต้านม
<p><b>1. การได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง</b></p> <p>1.1 การให้คำแนะนำ ชักชวน และชี้แนะแก่มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการป้องกันการคัดตึงเต้านม โดย</p> <p>1.1.1 การให้ความรู้เป็นรายบุคคล เรื่อง การคัดตึงเต้านมของมารดา หลังผ่าตัดคลอดบุตร, การส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม, และการนำน้มนมที่เหลือค้ำออกจากเต้านม</p> <p>1.2 การกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม โดย</p> <p>1.2.1 การกล่าวสนับสนุนให้เกิดกำลังใจ และเสริมแรงจูงใจ เพื่อกระตุ้นให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง</p> <p><b>2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น</b></p> <p>2.1 การใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ โดยผ่านภาพพลิกประกอบการสอน และ คู่มือการป้องกันการคัดตึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร เรื่อง การคัดตึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร, การส่งเสริมการไหลของน้ำนม ออกจากเต้านม, การนำน้มนมที่เหลือค้ำออกจากเต้านม</p> <p>2.2 การใช้ตัวแบบจากชีวิตจริง โดยการสาธิต เรื่อง การประเมินลักษณะ ของการเริ่มการคัดตึงเต้านม วิธีการส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจาก เต้านม วิธีการนำน้มนมที่เหลือค้ำออกจากเต้านม</p> <p><b>3. การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง</b></p> <p>3.1 การให้ลงมือปฏิบัติโดยการฝึกทักษะเกี่ยวกับ การประเมินลักษณะ ของการเริ่มการคัดตึงเต้านม วิธีการส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจาก เต้านม วิธีการนำน้มนมที่เหลือค้ำออกจากเต้านม</p> <p><b>4. การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์</b></p> <p>4.1 การสนับสนุนทางด้านร่างกาย โดยการซักถามอาการ และประเมิน สภาพทั่วไปของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร และเตรียมร่างกายมารดาหลัง ผ่าตัดคลอดบุตรก่อนดำเนินกิจกรรม</p> <p>4.2 การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ โดยการจัดสถานที่ให้เหมาะสมและมี บรรยากาศที่ผ่อนคลาย มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดี เปิดโอกาสให้มารดาหลัง ผ่าตัดคลอดบุตรซักถามและกระตุ้นให้พูดคุยระบายความรู้สึก</p>

อาการและอาการ  
แสดงของการคัดตึง  
เต้านมของมารดา  
หลังผ่าตัดคลอดบุตร



### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้รูปแบบ 2 กลุ่ม วัตุหลังการทดลอง (The posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการและอาการแสดงของการคัดตึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการคัดตึงเต้านมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีรูปแบบการทดลองดังนี้

X	O <sub>1</sub>
	O <sub>2</sub>

X	หมายถึง	โปรแกรมป้องกันการคัดตึงเต้านม
O <sub>1</sub>	หมายถึง	การประเมินอาการและอาการแสดงของการคัดตึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการคัดตึงเต้านม
O <sub>2</sub>	หมายถึง	การประเมินอาการและอาการแสดงของการคัดตึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรครั้งแรก อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีบริบูรณ์

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรครั้งแรก อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีบริบูรณ์ ที่มาคลอดและรับไว้ที่แผนกหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างวันที่ 15 มีนาคม 2549 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2549 ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ต่อไปนี้ (Inclusion criteria)

- 1) มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรครั้งแรก อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีบริบูรณ์ และมีความประสงค์ที่จะเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่
- 2) ผู้วิจัยประเมินลักษณะเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรในระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตร 12 ชั่วโมงซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องมีลักษณะของเต้านมที่ไม่มีปัญหาคือ เต้านมอักเสบ, หัวนมแตก, หัวนมสั้นหรือแบน, หัวนมบอด หัวนมบวม เนื่องจากเป็นลักษณะเต้านมที่ต้องรักษาป้องกันจึงเลี้ยงบุตร

ด้วยนมแม่ได้ (Houston, 1984 อ้างถึงใน Robson, 1990) และต้องมีหัวนมปกติคือ ยาวประมาณ 1-2 เซนติเมตรยื่นออกมาชัดเจนเมื่อทดสอบด้วยวิธีของวอลล์เลอร์ (Waller's test) (Otte, 1975: 454 อ้างถึงใน นงนุช ตันตระธา, 2540) โดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ วางลงบนลานนมซึตรงรอยต่อของหัวนมและลานนม ให้หัวนมอยู่ระหว่างนิ้วทั้งสอง กดนิ้วทั้งสองลงบนลานนมเข้าหาตัวผู้ประเมินแล้วบีบนิ้วทั้งสองเข้าหากัน นิ้วทั้งสองจะจับหัวนมได้ หัวนมไม่ผลุบลงไป เมื่อตรวจพบลักษณะนี้จัดว่าเป็นหัวนมปกติ

- 3) กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อการควบคุมมารดา
- 4) มีบุตรที่ไม่มีปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ไม่สามารถควบคุมมารดาได้
- 5) กลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็น การพูด และการใช้ภาษาไทย
- 6) เป็นผู้ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมต่อการวิจัยกึ่งทดลอง คืออย่างน้อยที่สุดควรมีจำนวน 30 ราย โดยแต่ละกลุ่มควรมีจำนวนไม่ต่ำกว่า 15 ราย หากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Polit and Hungler, 1999: 292) เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและความเป็นไปได้ในการทำวิจัยครั้งนี้ และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 ราย ประกอบด้วยกลุ่มควบคุมจำนวน 20 ราย และกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย

#### การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยได้กลุ่มตัวอย่างจากการตรวจสอบคุณสมบัติของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรตามเกณฑ์ที่กำหนดที่แผนกหลังคลอด (หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม) ถ้ามีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ก็จะคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง และเพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contamination) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจึงจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมจนครบจำนวน 20 รายก่อน หลังจากได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบแล้ว จึงเริ่มจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองจนครบจำนวน

2. จัดให้กลุ่มตัวอย่างมีความเท่าเทียมกัน เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นและควบคุมให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติเหมือนกัน (Mann, 2001) โดยการจับคู่กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (Matched pair) ในด้านขนาดของเต้านม (ผู้วิจัยประเมินโดยการใช้เทปวัดขนาดของเต้านม หน่วยวัดเป็นเซนติเมตร) เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าขนาดของเต้านมเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการคัดตึงเต้านม (Robson, 1990)

## การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว และสร้างสัมพันธภาพ อธิบายและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับ หรือการปฏิเสธการเข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกการศึกษาวิจัยได้ก่อนที่การศึกษาวิจัยจะเสร็จสิ้นลง โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ ซึ่งจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลที่ได้รับแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างที่ได้ในการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้กับผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง และข้อมูลที่ได้นำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยครั้งนี้เท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อและนามสกุลที่แท้จริง เมื่อมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัย กลุ่มตัวอย่างสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient / Participant Information Sheet) ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วมการวิจัยก็จะให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อเข้าร่วมในการวิจัย หากค้นพบกลุ่มตัวอย่างมีอาการคัดค้านหรือมีทัศนคติ เช่น เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้วิจัยจะทำการส่งต่อกลุ่มตัวอย่างให้ได้รับการรักษาทางการแพทย์ต่อไป

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้มี 3 ชุด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือกำกับการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

**ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** ได้แก่ โปรแกรมป้องกันการคัดค้านตนเอง เป็นโปรแกรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยใช้แนวคิดของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันการคัดค้านตนเอง (Robson (1990) โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1. ศึกษาแนวคิดและทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันการคัดค้านตนเองของ Robson (1990)

2. กำหนดขั้นตอนของการทำกิจกรรมตามแนวคิดของ Bandura (1997) ประกอบด้วย การได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่สำเร็จด้วยตนเอง และการกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์

3. กำหนดเนื้อหาในกิจกรรมให้ครอบคลุมเรื่องการป้องกันการคัดค้านตนเอง (Robson, 1990) ซึ่งเนื้อหาประกอบด้วยเรื่องเกี่ยวกับ 1) การคัดค้านตนเองของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร 2) การส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม 3) การนํานํานมที่เหลือค้างออกจากเต้านม

4. สร้างโปรแกรมป้องกันการคัดดึงเต้านม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยกระทำกิจกรรมทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที รวมระยะเวลาการจัดกิจกรรม 5 วัน ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างกิจกรรมและประยุกต์ในการจัดกิจกรรมต่างๆเป็นรายบุคคลให้กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้เรียนรู้ และฝึกทักษะเกี่ยวกับการป้องกันการคัดดึงเต้านม ตามแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) และแนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันการคัดดึงเต้านมของ Robson (1990) (2004) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมการส่งเสริมการเรียนรู้ความสามารถของตนเองทั้ง 4 วิธี คือ

**กิจกรรมที่ 1. การได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง** เพื่อช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเชื่อว่าตนมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมป้องกันการคัดดึงเต้านมได้ โดยการพูดชักจูงให้เชื่อในความสามารถของตนเอง เพื่อช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเลิกสงสัยในความสามารถของตนเองแต่เกิดกำลังใจ และมีความพยายามมากขึ้น ที่จะกระทำพฤติกรรมในการป้องกันการคัดดึงเต้านมได้อย่างเหมาะสม โดยมีกิจกรรมดังนี้ คือ

**กิจกรรมที่ 1.1 การให้คำแนะนำ ชักชวน และชี้แนะแก่มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร** เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการป้องกันการคัดดึงเต้านม โดยการให้ความรู้เป็นรายบุคคล ตามแผนการสอนเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการป้องกันการคัดดึงเต้านม จำนวน 3 แผนการสอน ซึ่งเป็นแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการคัดดึงเต้านม ซึ่งประกอบด้วยแผนการสอนคือ

1.1.1 เรื่องการคัดดึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรสามารถอธิบายความหมายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร การเปลี่ยนแปลงของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ส่งผลต่อการคัดดึงเต้านม ความหมายของการคัดดึงเต้านม อาการและอาการแสดง สาเหตุ ระยะเวลาที่พบอาการ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคัดดึงเต้านม และการประเมินลักษณะของการเริ่มการคัดดึงเต้านมได้ถูกต้อง

1.1.2 เรื่องการส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรสามารถ 1) อธิบายวิธีการส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านมได้ 2) ปฏิบัติการส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านมได้

1.1.3 เรื่องการนำน้ำนมที่เหลือค้างออกจากเต้านม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรสามารถ 1) อธิบายวิธีการนำน้ำนมที่เหลือค้างออกจากเต้านมได้ 2) ปฏิบัติการนำน้ำนมที่เหลือค้างออกจากเต้านมได้ 3) อธิบายการเก็บรักษาน้ำนมมารดาและการนำน้ำนมมารดาที่เก็บมาใช้ได้

**กิจกรรมที่ 1.2 การกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม** โดยการกล่าวสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อกระตุ้นให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการคัดดึงเต้านมที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรรู้สึกว่ายากหรือไม่เคยทำมาก่อน ให้มีความพยายามที่จะเรียนรู้พฤติกรรม และเสริมแรงจิตใจโดยการกล่าวคำชื่นชมใน

ความสามารถของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร เมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรปฏิบัติได้ถูกต้องและเหมาะสม

**กิจกรรมที่ 2 การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น** เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดการเรียนรู้ทางอ้อมจากการสังเกตการกระทำของตัวแบบหรือประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการป้องกันการคัดติงเต้านม และเกิดความคิดล้อยตามว่าผู้อื่นทำได้ตนก็น่าจะทำได้ ถ้าตั้งใจและพยายาม และช่วยให้เกิดการรับรู้ว่าตนเองก็มีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้เช่นเดียวกัน ผู้วิจัยจึงจัดให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดการเรียนรู้ผ่านตัวแบบ หรือ ประสบการณ์ของผู้อื่น โดยมีกิจกรรมดังนี้คือ

กิจกรรมที่ 2.1 การสังเกตตัวแบบสัญลักษณ์ โดยการจัดให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้สังเกตตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ผ่านภาพพลิกประกอบ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเพื่อใช้ประกอบการสอนทั้ง 3 เรื่อง คือ 1) เรื่องการคัดติงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ซึ่งมีรูปภาพ และเนื้อหาเกี่ยวกับการคัดติงเต้านมที่สอดคล้องกับแผนการสอน 2) เรื่องการส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม ซึ่งมีรูปภาพ และเนื้อหาเกี่ยวกับการใช้ความร้อน การนวดเต้านม การให้ทารกดูดกระตุ้นนมมารดา และการให้ทารกดูดนมอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการดูนมมารดาอย่างมีประสิทธิภาพ และการอุ้มทารกดูนมมารดา ที่สอดคล้องกับแผนการสอน 3) การนำน้มนมที่เหลือค้างออกจากเต้านม ซึ่งมีรูปภาพ และเนื้อหาเกี่ยวกับการบีบน้มนม การเก็บรักษาน้มนมมารดาและการนำน้มนมมารดาที่เก็บมาใช้ ที่สอดคล้องกับแผนการสอน

อีกทั้งการสังเกตตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ผ่านคู่มือป้องกันการคัดติงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร โดยจะให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาดำรง ทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการคัดติงเต้านม ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับการป้องกันการคัดติงเต้านมในเรื่องความหมายและการเปลี่ยนแปลงของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ส่งผลต่อการคัดติงเต้านม ความหมายของการคัดติงเต้านม อาการและอาการแสดงของการคัดติงเต้านม สาเหตุของการคัดติงเต้านม ระยะเวลาที่พบการคัดติงเต้านมในระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตร ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคัดติงเต้านม การประเมินลักษณะของการเริ่มการคัดติงเต้านม การส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านมด้วยวิธีการใช้ความร้อน การนวดเต้านม การให้ทารกดูดกระตุ้นนมมารดา และการให้ทารกดูดนมอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการดูนมมารดาอย่างมีประสิทธิภาพ และการอุ้มทารกดูนมมารดา การนำน้มนมที่เหลือค้างออกจากเต้านมด้วยวิธีการบีบน้มนม การเก็บรักษาน้มนมมารดาและการนำน้มนมมารดาที่เก็บมาใช้

กิจกรรมที่ 2.2 การสังเกตตัวแบบจากชีวิตจริง เนื่องจากผู้วิจัยไม่สามารถหาตัวแบบที่เป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ประสบความสำเร็จในการป้องกันการคัดติงเต้านมมาเป็นแบบอย่างได้ ผู้วิจัยจึงสาธิตให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรสังเกตวิธีการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับการป้องกันการคัดติงเต้านม คือ 1) การคัดติงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ได้แก่ การประเมินลักษณะ

ของการเริ่มการคัดตั้งเต้านม 2) การส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม ได้แก่ การใช้ความร้อน การนวดเต้านม การให้ทารกดูดนมมารดาอย่างมีประสิทธิภาพ และการอุ้มทารกดูดนมมารดา 3) การนําน้ำนมที่เหลือค้ำออกจากเต้านม ได้แก่ การบีบน้ำนม

**กิจกรรมที่ 3 การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง** เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้มีประสบการณ์ตรง จากการได้รับผลสำเร็จจากการฝึกกระทำในกิจกรรมการป้องกันการคัดตั้งเต้านมด้วยตนเอง ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมป้องกันการคัดตั้งเต้านม โดยจัดกิจกรรมดังนี้ คือ

**กิจกรรมที่ 3.1 การปฏิบัติในสิ่งที่แสดงออกถึงความสำเร็จ** โดยการให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรลงมือปฏิบัติ โดยการฝึกทักษะเกี่ยวกับการป้องกันการคัดตั้งเต้านม คือ 1) การคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ได้แก่ การประเมินลักษณะของการเริ่มการคัดตั้งเต้านม 2) การส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม ได้แก่ การใช้ความร้อน การนวดเต้านม การให้ทารกดูดนมมารดาอย่างมีประสิทธิภาพ และการอุ้มทารกดูดนมมารดา 3) การนําน้ำนมที่เหลือค้ำออกจากเต้านม ได้แก่ การบีบน้ำนม

**กิจกรรมที่ 3.2 การมีส่วนร่วมในตัวเองที่ประสบความสำเร็จ** โดยการสนับสนุนให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้ฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจกรรม เกี่ยวกับการป้องกันการคัดตั้งเต้านมร่วมกับผู้วิจัยจนเกิดความมั่นใจที่จะกระทำด้วยตนเอง

**กิจกรรมที่ 4 การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์** เพื่อลดความเครียดและความวิตกกังวลของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกี่ยวกับการป้องกันการคัดตั้งเต้านม และเตรียมร่างกายและจิตใจให้พร้อม เพื่อช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และแสดงออกถึงความสามารถในการกระทำพฤติกรรมป้องกันการคัดตั้งเต้านมได้เหมาะสม โดยมีกิจกรรมดังนี้ คือ

**กิจกรรมที่ 4.1 การสนับสนุนทางด้านร่างกาย** โดยการซักถามอาการ และประเมินสภาพทั่วไปของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร และการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรก่อนการดำเนินกิจกรรม

**กิจกรรมที่ 4.2 การสนับสนุนทางด้านอารมณ์** โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี การจัดสถานที่ให้เหมาะสมและมีบรรยากาศที่ผ่อนคลาย สนับสนุนให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรมีปฏิสัมพันธ์และสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร เปิดโอกาสให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้พูดคุย และระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการป้องกันการคัดตั้งเต้านม ผู้วิจัยให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางแก้ไขปัญหามาตามความเหมาะสมเพื่อลดสิ่งรบกวนทางอารมณ์ หรือกล่าวชมเชยเมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรปฏิบัติได้ดีแล้วเพื่อกระตุ้นภาวะทางอารมณ์

โปรแกรมป้องกันการคัดตั้งเต้านม

วิธีการป้องกันการคัดตั้งเต้านม	แนวทางการประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรม
<p><b>วิธีที่ 1.</b></p> <p><b>การได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง (Verbalpersuasion)</b></p> <p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <p>เพื่อช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเชื่อว่าตนมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมกำบังการคัดตั้งเต้านมได้</p>	<p><b>กิจกรรมที่ 1. การได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง</b></p> <p>การได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง เป็นการใช้คำพูดชี้แจง อธิบายให้ความรู้ คำแนะนำ และกระตุ้นชักชวนเพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเชื่อว่าตนมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมกำบังการคัดตั้งเต้านม เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง โดยการพูดชักจูงให้เชื่อความสามารถของตนเองจะช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเลิกสงสัยในความสามารถของตนเองแต่เกิดกำลังใจ และมีความพยายามมากขึ้นที่จะกระทำพฤติกรรมกำบังการคัดตั้งเต้านมได้อย่างเหมาะสม โดยมีกิจกรรมดังนี้ คือ</p> <p><b>กิจกรรมที่ 1.1 การให้คำแนะนำ ชักชวน และชี้แนะแก่มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการป้องกันการคัดตั้งเต้านม โดย</b></p> <p>1.1.1 การให้ความรู้เป็นรายบุคคล โดยการสอน 3 เรื่อง</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) เรื่องการคัดตั้งเต้านม ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ การคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร (12 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร)</li> <li>2) เรื่องการส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ วิธีการส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม (24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร)</li> <li>3) เรื่องการนำน้ำนมที่เหลือค้างออกจากเต้านม ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ วิธีการนำน้ำนมที่เหลือค้างออกจากเต้านม การเก็บรักษาน้ำนมมารดาและการนำน้ำนมมารดาที่เก็บมาใช้ (48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร)</li> </ol> <p>1.1.2 การให้คำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับการป้องกันการคัดตั้งเต้านมที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรไม่เข้าใจหรือสงสัย</p>

วิธีการป้องกันการคัดตั้ง เต้านม	แนวทางการประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรม
<p><b>วิธีที่ 2.</b></p> <p><b>การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience)</b></p> <p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <p>เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดการเรียนรู้ทางอ้อมจากการสังเกตการกระทำของตัวแบบหรือประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จในการป้องกันการคัดตั้งเต้านม และเกิดความคิดคล้อยตามว่าผู้อื่นทำได้ตนก็น่าจะทำได้ถ้าตั้งใจและพยายาม และช่วยให้เกิดการรับรู้ว่าคุณเองก็มีความสามารถ</p>	<p><b>กิจกรรมที่ 1.2 การกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม</b></p> <p><b>โดย</b></p> <p>1.2.1 การกล่าวสนับสนุน ให้กำลังใจ เพื่อกระตุ้นให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการคัดตั้งเต้านมที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรรู้สึกว่ายากหรือไม่เคยทำมาก่อน ให้มีความพยายามที่จะเรียนรู้พฤติกรรม และเสริมแรงจิตใจโดยการกล่าวชื่นชมในความสามารถของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรปฏิบัติได้ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรมีความเชื่อว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จในการกระทำพฤติกรรมป้องกันการคัดตั้งเต้านม เกิดกำลังใจและยิ่งพยายามมากขึ้นที่จะกระทำให้สำเร็จ</p> <p><b>กิจกรรมที่ 2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น</b></p> <p>การเรียนรู้ผ่านตัวแบบ (Model) หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious experience) ที่ประสบความสำเร็จจากการกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ย่อมมีผลต่อการรับรู้ความสามารถของผู้สังเกตในเรื่องนั้นๆ ด้วยการที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้รับผลที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้สังเกตรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ดังนั้นการจัดให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการป้องกันการคัดตั้งเต้านม จะทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดการเรียนรู้ทางอ้อมและเกิดความคิดคล้อยตามว่าผู้อื่นทำได้ตนก็น่าจะทำได้ถ้าตั้งใจและพยายาม และช่วยให้เกิดการรับรู้ว่าคุณเองก็มีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ ได้เช่นเดียวกัน ผู้วิจัยจึงได้จัดให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดการเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยมีกิจกรรมดังนี้คือ</p>



วิธีการป้องกันการคัดตั้ง เต้านม	แนวทางการประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรม
<p>ที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆได้ เช่นเดียวกัน</p>	<p><b>กิจกรรมที่ 2.1 การสังเกตตัวแบบสัญลักษณ์</b>          โดยการจัดให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้สังเกตตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ผ่านภาพพลิกประกอบการสอน และคู่มือการป้องกันการคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร เรื่องการคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร (ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายและการเปลี่ยนแปลงของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ส่งผลต่อการคัดตั้งเต้านม ความหมายของการคัดตั้งเต้านม อาการและอาการแสดง สาเหตุ ระยะเวลาที่พบการคัดตั้งเต้านม ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคัดตั้งเต้านม การประเมินลักษณะของการเริ่มการคัดตั้งเต้านม) เรื่องการส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม (ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม) และเรื่องการนำน้ำนมที่เหลือค้างออกจากเต้านม (ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการนำน้ำนมที่เหลือค้างออกจากเต้านม การเก็บรักษาน้ำนมมารดาและการนำน้ำนมมารดาที่เก็บมาใช้)</p> <p><b>กิจกรรมที่ 2.2 การสังเกตตัวแบบจากชีวิตจริง</b>          โดยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรสังเกตวิธีการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับการป้องกันการคัดตั้งเต้านมจากการสาธิตของผู้วิจัย</p> <p>2.2.1 การคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ได้แก่ การประเมินลักษณะของการเริ่มการคัดตั้งเต้านม</p> <p>2.2.2 การส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม ได้แก่ การใช้ความร้อน การนวดเต้านม การให้ทารกดูดนมมารดาอย่างมีประสิทธิภาพ และการอุ้มทารกดูดนมมารดา</p> <p>2.2.3 การนำน้ำนมที่เหลือค้างออกจากเต้านม ได้แก่ การบีบน้ำนม</p>

วิธีการป้องกันการคัดตั้ง เต้านม	แนวทางการประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรม
<p><b>วิธีที่ 3.</b></p> <p><b>การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง</b> (Enactive mastery experience or performance accomplishments)</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <p>เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้มีประสบการณ์ตรงจากการได้รับผลสำเร็จจากการฝึกกระทำในกิจกรรมการป้องกันการคัดตั้งเต้านม ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมป้องกันการคัดตั้งเต้านมได้</p>	<p><b>กิจกรรมที่ 3. การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง</b></p> <p>การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง(Enactive mastery experience) นั้นจะช่วยส่งผลให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงขึ้น โดยเชื่อว่าถ้าหากให้กระทำกิจกรรมนั้น หรือกระทำกิจกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนจะสามารถกระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ ถ้าหากบุคคลใดได้สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองขึ้นมา แล้วมักจะมีความพยายามในการทำกิจกรรมต่าง ๆ นั้นต่อเนื่อง และถึงแม้จะต้องเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ก็ไม่ย่อท้อง่ายๆ ประสบการณ์ของการได้รับความสำเร็จมาก่อน เป็นแหล่งที่มาที่สำคัญ และมีอิทธิพลมากที่สุดในการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงจัดให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดการมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดความเชื่อมั่นว่าตนมีความสามารถ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และมีความมั่นใจในการกระทำพฤติกรรมป้องกันการคัดตั้งเต้านมได้ โดยจัดกิจกรรมดังนี้ คือ</p> <p><b>กิจกรรมที่ 3.1 เพิ่มการปฏิบัติในสิ่งที่แสดงออกถึงความสำเร็จ</b></p> <p>โดยการให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรลงมือปฏิบัติโดยการฝึกทักษะเกี่ยวกับการป้องกันการคัดตั้งเต้านม ได้แก่</p> <p>3.1.1 การคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ได้แก่ การประเมินลักษณะของการเริ่มการคัดตั้งเต้านม</p> <p>3.1.2 การส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม ได้แก่ การใช้ความร้อน การนวดเต้านม การให้ทารกดูดนมมารดาอย่างมีประสิทธิภาพ และการอุ้มทารกดูดนมมารดา</p> <p>3.1.3 การนำน้มนมที่เหลือค้างออกจากเต้านม ได้แก่ การบีบน้ำนม</p>

วิธีการป้องกันการคัดตั้ง เต้านม	แนวทางการประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรม
<p><b>วิธีที่ 4.</b></p> <p><b>การกระตุ้นทางร่างกาย และอารมณ์</b> (Physiological and affective states)</p> <p><b>วัตถุประสงค์</b></p> <p>เพื่อลดความเครียดและ ความวิตกกังวลของมารดา หลังผ่าตัดคลอดบุตรเกี่ยวกับ การป้องกันการคัดตั้งเต้านม และเตรียมร่างกายและจิตใจ ให้พร้อมเพื่อช่วยให้มารดา หลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดการ รับรู้ความสามารถของตนเอง และแสดงออกถึงความ สามารถในการกระทำ</p>	<p>โดยมีผู้วิจัยอยู่ใกล้ๆ ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจ เสริม แรงจูงใจเมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง และผู้วิจัยสนับสนุนในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ในครั้งต่อไป</p> <p><b>กิจกรรมที่ 3.2 การมีส่วนร่วมในตัวอย่างที่ประสบ ความสำเร็จ</b></p> <p>โดยการสนับสนุนให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้ฝึก ทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการคัดตั้งเต้านม ร่วมกับผู้วิจัยจนเกิดความมั่นใจที่จะกระทำด้วยตนเอง ผู้วิจัยเสริม แรงจูงใจโดยกล่าวคำชมเชยเมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร สามารถทำได้สำเร็จ เพื่อให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้ ตระหนักถึงความสามารถของตนที่จะกระทำพฤติกรรมเหล่านั้น ได้สำเร็จ</p> <p><b>กิจกรรมที่ 4. การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์</b></p> <p>ในการตัดสินใจความสามารถของตนเองของบุคคล ส่วน หนึ่งอาศัยอาการแสดงทางกาย และสภาพอารมณ์ที่ถูกกระตุ้น เมื่อ เผชิญกับภาวะเครียด หรือสถานการณ์ที่คุกคาม จะมีผลต่อ ความรู้สึกในทางลบ เช่น เกิดความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้การ รับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง หรือไม่สามารถแสดงออกได้ดี ซึ่งโดยทั่วไปคนเรามักจะท้อถอย และคิดถึงความล้มเหลวมากกว่าจะคาดหวังถึงความสำเร็จเมื่ออยู่ ในภาวะเหนื่อยล้า หรือตึงเครียดจึงมักหลีกเลี่ยงการกระทำ พฤติกรรม หรือ เผชิญกับพฤติกรรมนั้น แต่ถ้าบุคคลได้รับการ กระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ให้อยู่ในระดับที่ เหมาะสม จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการ แสดงออกถึงความสามารถของตนเองได้ดีขึ้นด้วย ดังนั้นเพื่อช่วย ให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดการรับรู้ถึงความสามารถของ ตนเอง และแสดงออกถึงความสามารถในการกระทำพฤติกรรม การป้องกันการคัดตั้งเต้านมได้เหมาะสม ผู้วิจัยจึงจัดกิจกรรม ต่างๆ เพื่อลดความเครียด ความวิตกกังวลของมารดาหลังผ่าตัด</p>

วิธีการป้องกันการคัดตึง เต้านม	แนวทางการประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรม
พฤติกรรมป้องกันการคัดตึงเต้านมที่เหมาะสม	<p>คลอดบุตร และเตรียมร่างกาย และจิตใจให้พร้อมเกี่ยวกับการป้องกันการคัดตึงเต้านมดังนี้ คือ</p> <p><b>กิจกรรมที่ 4.1 การสนับสนุนทางด้านร่างกาย</b>          โดยการซักถามอาการ และประเมินสภาพทั่วไปของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร และมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย โดยมีสัญญาณชีพปกติ (BT = 36.5-37.5 องศาเซลเซียส, PR = 60-80 ครั้ง/นาที, BP = 100/60 – 120/80 mmHg)</p> <p><b>กิจกรรมที่ 4.2 การสนับสนุนทางด้านอารมณ์</b></p> <p>4.2.1 สร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรและผู้วิชัย</p> <p>4.2.2 จัดสถานที่ให้เหมาะสมและมีบรรยากาศที่ผ่อนคลาย</p> <p>4.2.3 สนับสนุนให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรคุ้นเคยกับสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่และกระตุ้นให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรมีปฏิสัมพันธ์และสัมพันธภาพที่ดีกับบุตร</p> <p>4.2.4 เปิดโอกาสให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้พูดคุยและระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการป้องกันการคัดตึงเต้านม ผู้วิชัยให้คำแนะนำและชี้แนะทางแก้ไขปัญหาตามความเหมาะสมเพื่อลดสิ่งรบกวนทางอารมณ์ หรือกล่าวชื่นชมเมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรปฏิบัติได้ดีแล้วเพื่อกระตุ้นทางอารมณ์</p>

กิจกรรมที่ผู้วิชัยจัดขึ้นในโปรแกรมป้องกันการคัดตึงเต้านมนั้น ผู้วิชัยจะจัดกิจกรรมทั้งหมดให้กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรในกลุ่มทดลองเป็นระยะเวลา 4 ครั้ง ครั้งแรก คือ 12 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร ครั้งที่ 2 คือ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร ครั้งที่ 3 คือ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร และครั้งที่ 4 คือ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร ตามความเหมาะสมกับสถานการณ์การพยาบาลมารดาในระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตร และสอดคล้องกับสภาพของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร เป็นรายบุคคล

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยนำโปรแกรม แผนการสอน ภาพ พลิก และคู่มือที่สร้างขึ้นปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาตรวจแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ พิจารณาเนื้อหา ความเหมาะสมและความครอบคลุมของข้อคำถาม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ที่มี คุณสมบัติดังนี้ อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลมารดาและทารก จำนวน 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ ทางการพยาบาลมารดาและทารก จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา ความ ถูกต้องเหมาะสมของภาษา รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับของ เนื้อหาและความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยถือเกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 3 ท่านจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านเทคโนโลยีการผลิตสื่อ จำนวน 1 ท่าน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของสื่อ จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขให้ สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีคำแนะนำให้ควรปรับปรุง และแก้ไข ดังนี้

1. แผนการสอน มีการปรับปรุงดังนี้ เรื่องการคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร เรื่องการส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม และเรื่องการนำนํานมที่เหลือค้างออกจาก เต้านม โดยปรับให้ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ไม่ควรใช้ภาษาทางวิชาการมากเกินไป และปรับระยะเวลา ให้เหมาะสม
2. ภาพพลิก ไม่ควรมีเนื้อหามากจนเกินไป บางภาพควรขยายให้เห็นรายละเอียดเพิ่มขึ้น
3. คู่มือการป้องกันการคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ควรปรับเนื้อหาให้ กระชับขึ้น ควรขยายภาพให้เห็นชัดเจน

ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการแก้ไขและปรับปรุงแผนการสอน ภาพพลิก และคู่มือตาม ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วทำการตรวจสอบประสิทธิภาพของ เครื่องมือ โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ได้ดำเนินการแก้ไขและปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด ประมาณ 3 ราย เพื่อ ประเมินแผนการสอน และความเหมาะสมของสื่อที่ใช้ และทดสอบความเป็นปรนัย (Objectivity) เพื่อดูความแจ่มชัดของภาษา และความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง **ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย**

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือนของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส ความตั้งใจในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ขนาดของเต้านม

2.2 แบบประเมินอาการและอาการแสดงของการคัดตั้งเต้านม ประเมินโดยให้มารดาหลัง ผ่าตัดคลอดบุตรตอบแบบประเมินในวันที่ 5 หลังผ่าตัดคลอดบุตร (120 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอด บุตร) (Post-test) เนื่องจากช่วงเวลานี้การคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรจะเกิดขึ้นใน

ระดับสูงที่สุด แบบประเมินนี้คัดแปลงจากแบบประเมินอาการและอาการแสดงของการคัดตึงเต้านม (CSSE: Clinical Signs and Symptoms of Engorgement questionnaire) ที่สร้างขึ้นโดย Robson (1990: 124) จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย การประเมินอาการและอาการแสดง 10 ลักษณะของการคัดตึงเต้านม ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เป็นจริงเลย ถึงเป็นจริงมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ไม่เป็นจริงเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับลักษณะของเต้านม หรือความรู้สึกเลย
เป็นจริงเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับลักษณะของเต้านม หรือความรู้สึกเพียงส่วนน้อย
เป็นจริงมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับลักษณะของเต้านม หรือความรู้สึกมาก
เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับลักษณะของเต้านม หรือความรู้สึกมากที่สุด

การให้คะแนนมีดังนี้ ให้คะแนน 1 คะแนน ถึง 4 คะแนน สำหรับคำตอบไม่เป็นจริงเลย จนถึงเป็นจริงมากที่สุด คะแนนรวมทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 10-40 คะแนน คะแนนรวมสูง หมายถึง มีอาการและอาการแสดงของการคัดตึงเต้านมมากกว่าคะแนนรวมต่ำ โดยมีเกณฑ์การประเมินเป็น 4 ระดับดังนี้ (Robson, 1990)

คะแนนรวม	การแปลผล
31-40 คะแนน	มีการคัดตึงเต้านมอย่างรุนแรง
21-30 คะแนน	มีการคัดตึงเต้านมมาก
11-20 คะแนน	มีการคัดตึงเต้านมเล็กน้อย
10 คะแนน	มีการคัดตึงเต้านมระดับปกติ

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการและอาการแสดงของการคัดตึงเต้านม ไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหาความเหมาะสม และความครอบคลุมของข้อคำถาม แล้วนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

ผู้วิจัยนำแบบประเมินที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมา คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา Content validity index (Polit and Hungler, 1995: 352) และใช้เกณฑ์ค่า Content validity index มากกว่า .8 (Davis, 1992: 105) โดยการคำนวณจากผลการ

พิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อความกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ หรือกรอบทฤษฎี และกำหนดระดับการแสดงความคิดเห็นเป็น 4 ระดับดังนี้ (Polit and Beck, 2004: 423)

ระดับ 1	หมายถึง	ข้อความไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
ระดับ 2	หมายถึง	ข้อความจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน ปรับปรุงอย่างมากจึงจะมีความสอดคล้องกับนิยาม
ระดับ 3	หมายถึง	ข้อความจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวน ปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะมีความสอดคล้องกับนิยาม
ระดับ 4	หมายถึง	ข้อความมีความสอดคล้องกับนิยาม

ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา Content validity index เท่ากับ 1.00 จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้ คือ

แบบประเมินอาการและอาการแสดงของการคัดตึงเด้านมจำนวน 10 ข้อ นำมาใช้ทั้ง 10 ข้อ แต่ มีข้อความที่ต้องปรับปรุง จำนวน 2 ข้อ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงดังนี้คือ ปรับปรุงการใช้ภาษา และเพิ่มเติมรายละเอียด ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

**ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)** โดยผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการและอาการแสดงของการคัดตึงเด้านมที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และผ่านการแก้ไขปรับปรุงแล้ว ไปทดลองใช้กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษามากที่สุด แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้คือ มีค่าเท่ากับ .70 ขึ้นไป (Burns and Grove, 2001; Polit and Hungler, 1999) และเมื่อนำมาพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อความกับคะแนนรวมทุกข้อ พบว่า ความสัมพันธ์รายข้ออยู่ในเกณฑ์ดีทุกข้อ คือมีความสัมพันธ์รายข้อมากกว่า .2 ทุกข้อ

### ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

3.1 สมุดบันทึกจำนวนครั้งของการเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการคัดตึงเด้านม บันทึกโดยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างเช่นรับทราบ โดยกลุ่มตัวอย่างต้องเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง

**เกณฑ์กำกับการทดลอง** ถ้ากลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบจะยังให้กลุ่มตัวอย่างรายนั้นอยู่ในโปรแกรม แต่จะไม่นำคะแนนที่ได้จากแบบประเมินมาคำนวณในการวิจัยนี้ และเริ่มต้นหากกลุ่มตัวอย่างใหม่ ขณะดำเนินการทดลองพบกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบจำนวน 2 ราย จึงได้ดำเนินการตามเกณฑ์กำกับการทดลองที่ได้กำหนดไว้

3.2 แบบบันทึกพฤติกรรมป้องกันการคัดตึงเด้านม เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นและแนบไว้ท้ายคู่มือการป้องกันการคัดตึงเด้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้

บันทึกข้อมูลด้วยตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการคัดตั้งเต้านม แบบบันทึกรายวันนี้เป็น ตารางบันทึกการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการคัดตั้งเต้านมประจำวัน โดยประเมินเป็นจำนวนครั้งของการป้องกันการคัดตั้งเต้านมว่าครบหรือไม่ครบตามโปรแกรมกำหนดให้ จนครบ 5 วันหลังผ่าตัด คลอดบุตร (120 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรนำแบบบันทึกนี้ให้ผู้วิจัย ตรวจสอบทุกครั้งเมื่อผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างตามโปรแกรม

เกณฑ์กำกับการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการคัดตั้งเต้านมครบตามที่ ผู้วิจัยกำหนด คือให้ทารกดูดนมมารดาทุก 3 ชั่วโมงและหากมีน้ำนมเหลือค้างต้องมีการบีบน้ำนม ออกจากเต้านม เกณฑ์การคัดออกคือ ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการ คัดตั้งเต้านมได้ถูกต้องตามที่กำหนด กลุ่มตัวอย่างและผู้วิจัยร่วมกันประเมินการป้องกันการคัดตั้ง เต้านมถึงปัญหาและอุปสรรค พร้อมทั้งหาทางแก้ไขและทบทวนทักษะการส่งเสริมการไหลของ น้มนมออกจากเต้านมและการนำน้ำนมที่เหลือค้างออกจากเต้านมซ้ำ พร้อมทั้งให้การเสริมแรง แต่ จะไม่นำคะแนนที่ได้จากแบบประเมิน มาคำนวณในการวิจัยนี้ และหากกลุ่มตัวอย่างใหม่ จากการ ดำเนินการทดลองพบกลุ่มตัวอย่างไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 4 ราย ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการตาม เกณฑ์กำกับการทดลองที่ได้กำหนดไว้

3.3 แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการคัดตั้งเต้านม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จาก แนวคิดและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) และแนวคิดเกี่ยวกับการป้องกันการคัดตั้งเต้านม (Robson, 1990) ซึ่งประเมินการ รับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ใน ระยะเวลาหลังผ่าตัดคลอดบุตรวันที่ 4 (96 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) โดยแบบวัดมีจำนวน 8 ข้อ

ข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ ตั้งแต่ มั่นใจมากที่สุด (4 คะแนน) จนถึงไม่มั่นใจเลย (1 คะแนน) โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ไม่มั่นใจเลย	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่า ข้อความนั้นไม่มีความมั่นใจเลยที่ จะสามารถปฏิบัติกิจกรรม
มั่นใจน้อย	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่า ข้อความนั้นมีความมั่นใจน้อยที่ จะสามารถปฏิบัติกิจกรรม
มั่นใจมาก	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่า ข้อความนั้นมีความมั่นใจมากที่ จะสามารถปฏิบัติกิจกรรม
มั่นใจมากที่สุด	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่า ข้อความนั้นมีความมั่นใจมากที่สุด ที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรม

เกณฑ์กำกับการทดลอง กลุ่มตัวอย่างต้องได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงจะถือว่า กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการคัดตั้งเต้านมของมารดาหลัง ผ่าตัดคลอดบุตร ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยจะดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการ



รับรู้ความสามารถของตนเองซ้ำ ในข้อที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับน้อยหรือไม่มั่นใจเลย และจะไม่นำคะแนนที่ได้จากแบบประเมินมาคำนวณในการวิจัยนี้ และหา กลุ่มตัวอย่างใหม่ ซึ่งจากการดำเนินการทดลองพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างไม่ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดจำนวน 3 ราย ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการตามเกณฑ์กำกับการทดลองที่ได้กำหนดไว้

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

**ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity)** โดยผู้วิจัยนำแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการคัดติงเต้านม ที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาเนื้อหา ความเหมาะสม และความครอบคลุมของข้อความแล้วนำไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

ผู้วิจัยนำแบบวัดที่ผ่านการตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมา คำนวณหาดัชนีความตรงตามเนื้อหา Content validity index (Polit and Hungler, 1995: 352) และใช้เกณฑ์ค่า Content validity index มากกว่า .8 (Davis, 1992: 105) โดยการคำนวณจากผลการพิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อความกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ หรือกรอบทฤษฎี (Polit and Beck, 2004: 423) เช่นเดียวกับแบบประเมินอาการและอาการแสดงของการคัดติงเต้านม ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา Content validity index เท่ากับ 1.00 จากนั้นผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้ คือ

แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการคัดติงเต้านม จำนวน 8 ข้อ นำมาใช้ทั้ง 8 ข้อ แต่มีข้อความที่ต้องปรับปรุง จำนวน 1 ข้อ ผู้วิจัยได้ปรับปรุงดังนี้คือ ปรับปรุงการใช้ภาษา และเพิ่มเติมรายละเอียด ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ

**ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)** โดยผู้วิจัยนำแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการคัดติงเต้านม ที่ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และผ่านการแก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษามากที่สุด แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกับที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้ไปคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .84 ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงที่ยอมรับได้คือ มีค่าเท่ากับ .70 ขึ้นไป (Burns and Grove, 2001; Polit and Hungler, 1999) และเมื่อนำมาพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างข้อความกับคะแนนรวมทุกข้อ พบว่า ความสัมพันธ์รายข้ออยู่ในเกณฑ์ดีทุกข้อ คือมีความสัมพันธ์รายข้อมากกว่า .2 ทุกข้อ

## การดำเนินการทดลอง

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ 15 มีนาคม 2549 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2549 ที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยผู้วิจัยแบ่งขั้นตอนการทดลองเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง และขั้นที่ 3 ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยมีรายละเอียดดังนี้

### ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1.1 ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม รวบรวมและเตรียมโปรแกรมป้องกันการคัดดึงเต้านม และทดสอบเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 ผู้วิจัยขอหนังสือแนะนำตัวจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

1.3 ภายหลังจากได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์แล้ว ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม และหัวหน้าหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด เพื่อแนะนำตัวเอง แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย แผนการดำเนินการวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วย เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัย ขอใช้สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.4 หลังเข้าพบหัวหน้าหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม และหัวหน้าหอผู้ป่วยทารกแรกเกิดแล้ว ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ถ้ามีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ก็จะจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนจนครบจำนวน 20 คน แล้วจึงจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการคัดดึงเต้านมจนครบจำนวน 20 คน จัดให้กลุ่มตัวอย่างมีความเท่าเทียมกัน โดยการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) ในด้านขนาดของเต้านม

### ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลขั้นดำเนินการทดลองตั้งแต่วันที่ 15 มีนาคม 2549 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2549 โดยมีขั้นตอนดังนี้

#### 2.1 ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มควบคุมดังนี้

1) ผู้วิจัยติดต่อกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรของกลุ่มควบคุมครั้งแรกที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม (12 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการทำวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2) หลังจากได้รับความร่วมมือและยินยอมจากมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรแล้ว ผู้วิจัยจึงให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเซ็นชื่อเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยประเมินเต้านม โดยการใช้เทปวัดขนาดของเต้านม และให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรตอบแบบสอบถามข้อมูล ส่วนบุคคลของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร และแสดงความขอบคุณ ทำการนัดหมายมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรอีกครั้งในระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตร 5 วัน (120 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) เพื่อขอความร่วมมือให้ตอบแบบประเมินอาการและอาการแสดงของการคัดเต้านม

3) จากนั้นให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้รับการพยาบาล คำแนะนำ และการสอนเป็นรายบุคคลเกี่ยวกับการอุ้มให้ทารกนอนมารดา การคัดเต้านม การใช้ความร้อน การนวดเต้านม การบีบหน้าม โดยพยาบาลวิชาชีพประจำการหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรมและหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด ตามอาการและความพร้อมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร

## 2.2 ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลองดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มทดลอง ซึ่งเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่คลอดในระหว่างเวลา 05.00-19.00 น. ของแต่ละวัน เกณฑ์ในการคัดออก คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่คลอดระหว่างเวลา 19.01-04.59 น. เนื่องจากในการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมป้องกันการคัดเต้านมจะเป็นเวลากลางคืน ซึ่งจะเป็นการรบกวนกลุ่มตัวอย่าง จึงไม่นำมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรในช่วงเวลาดังกล่าวมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง และเนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มทดลองจำนวน 2 ราย จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนครบโปรแกรมจำนวน 5 วัน (120 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) ผู้วิจัยจึงตัดออกจากกลุ่มตัวอย่างแต่ได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมาทดแทนทั้ง 2 ราย ซึ่งหลังคัดเลือกได้กลุ่มทดลองแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการดังนี้

1) ผู้วิจัยติดต่อกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรของกลุ่มทดลองครั้งแรก ที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม (12 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง แจกวัสดุประสงค์ และขั้นตอนในการทำวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย

2) หลังจากได้รับความร่วมมือและยินยอมจากมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรแล้ว ผู้วิจัยจึงให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเซ็นชื่อเข้าร่วมในการวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยประเมินเต้านม โดยการใช้เทปวัดขนาดของเต้านม และให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรตอบแบบสอบถามข้อมูล ส่วนบุคคลของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร

3) หลังจากรมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเสร็จ ผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมป้องกันการคัดเต้านม โดยจัดกิจกรรมในห้องพักของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร โดยจัดอุปกรณ์ บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม และมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้รับการเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย โดยมีสัญญาณชีพปกติ (BT = 36.5-37.5 องศาเซลเซียส, PR = 60-80 ครั้ง/นาที, BP = 100/60-120/80 mmHg) จากนั้นดำเนินการตามขั้นตอนของโปรแกรมป้องกันการคัดเต้านมดังนี้ คือ

### ครั้งที่ 1 (12 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 30 นาที

1. ผู้วิจัยให้ความรู้โดยการแนะนำเป็นรายบุคคล เรื่อง การคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร การเปลี่ยนแปลงของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ส่งผลต่อการคัดตั้งเต้านม ความหมายของการคัดตั้งเต้านม อาการและอาการแสดง สาเหตุ ระยะเวลาที่พบอาการ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคัดตั้งเต้านม และ การประเมินลักษณะของการเริ่มการคัดตั้งเต้านม
2. จัดให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ได้สังเกตตัวแบบผ่านภาพพลิกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง เรื่องการคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร
3. ให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร สังเกตตัวแบบจากชีวิตจริงที่ประสบความสำเร็จในวิธีการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับการประเมินลักษณะของการเริ่มการคัดตั้งเต้านม
4. ให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ได้มีประสบการณ์และการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง โดยการฝึกทักษะ และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับการประเมินลักษณะของการเริ่มการคัดตั้งเต้านม
5. ผู้วิจัยสังเกตการแสดงพฤติกรรมการป้องกันการคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ให้คำปรึกษาแนะนำเมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรมีปัญหาหรือข้อสงสัย ให้กำลังใจและเสริมแรงใจเมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรปฏิบัติได้ถูกต้อง
6. แจกคู่มือการป้องกันการคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร แนะนำวิธีการใช้ และทำการนัดพบครั้งที่ 2 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างได้รับการพักผ่อนอย่างน้อย 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร ผู้วิจัยบันทึกลงในสมุดบันทึกจำนวนครั้งของการเข้าร่วม โปรแกรมป้องกันการคัดตั้งเต้านม และให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อรับทราบ

### ครั้งที่ 2 (24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 30-45 นาที

1. ผู้วิจัยเข้าพบมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ตามนัดหมาย พูดคุยซักถามเกี่ยวกับสภาพร่างกายและจิตใจของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร เปิดโอกาสให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดพูดคุย และระบายความรู้สึก เกี่ยวกับการป้องกันการคัดตั้งเต้านมที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมและชี้แนะแนวทางแก้ไขตามความเหมาะสมเพื่อลดสิ่งรบกวนทางอารมณ์
2. ผู้วิจัยให้ความรู้โดยการแนะนำเป็นรายบุคคล เรื่องการส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม
3. ให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ได้สังเกตตัวแบบผ่านภาพพลิกที่ใช้ประกอบการสอน เรื่องการส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม
4. ให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร สังเกตตัวแบบจากชีวิตจริงที่ประสบความสำเร็จในวิธีปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับการส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม ได้แก่ การใช้ความร้อน การนวดเต้านม การให้ทารกดูดนมมารดาอย่างมีประสิทธิภาพ และการอุ้มทารกดูดนมมารดา

5. ให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ได้มีประสบการณ์และการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเองโดยการฝึกทักษะ และปฏิบัติทักษะ เกี่ยวกับการส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม ได้แก่ การใช้ความร้อน การนวดเต้านม การให้ทารกดูดนมมารดาอย่างมีประสิทธิภาพ และการอุ้มทารกคุณนมมารดา

6. ผู้วิจัยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเริ่มทดลองใช้แบบบันทึกพฤติกรรมการป้องกันการคัดตึงเต้านมที่แนบไว้ท้ายคู่มือการป้องกันการคัดตึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่แจกให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรแล้วเมื่อผู้วิจัยเข้าพบครั้งที่ 1 และให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรบันทึกพฤติกรรมการป้องกันการคัดตึงเต้านมลงในแบบบันทึกพฤติกรรมการป้องกันการคัดตึงเต้านมอย่างต่อเนื่อง

7. ผู้วิจัยบันทึกลงในสมุดบันทึกจำนวนครั้งของการเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการคัดตึงเต้านมและให้กลุ่มตัวอย่างเช่นชื่อรับทราบ และทำการนัดพบครั้งที่ 3 ซึ่งมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้รับการพักผ่อนอย่างน้อย 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร

**ครั้งที่ 3 (48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 30 - 45 นาที**

1. ผู้วิจัยเข้าพบมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ตามนัดหมาย พูดคุยซักถามเกี่ยวกับสภาพร่างกายและจิตใจของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร เปิดโอกาสให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรพูดคุยและระบายความรู้สึก เกี่ยวกับการป้องกันการคัดตึงเต้านมที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมและชี้แนะแนวทางแก้ไขตามความเหมาะสมเพื่อลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ หรือกล่าวชมเชยเมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ปฏิบัติได้ดีแล้ว เพื่อกระตุ้นภาวะทางอารมณ์

2. ถ้าพบว่ามีปัญหาเกิดขึ้นในการป้องกันการคัดตึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ผู้วิจัยวิเคราะห์ปัญหา และหาแนวทางแก้ไขร่วมกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ให้คำแนะนำเพิ่มเติมหรือทบทวนสิ่งที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ไม่เข้าใจหรือสงสัยและสนับสนุนทางด้านอารมณ์โดยการให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น

3. ผู้วิจัยให้ความรู้โดยการแนะนำเป็นรายบุคคล เรื่องการนำน้ำนมที่เหลือค้ำจากเต้านม ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการนำน้ำนมที่เหลือค้ำออกจากเต้านม การเก็บรักษาน้ำนมมารดาและการนำน้ำนมมารดาที่เก็บมาใช้

4. ให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ได้สังเกตตัวแบบผ่านภาพพลิกที่ใช้ประกอบ การสอน เรื่องการนำน้ำนมที่เหลือค้ำออกจากเต้านม

5. ให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร สังเกตตัวแบบจากชีวิตจริงที่ประสบความสำเร็จในวิธีปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับการนำน้ำนมที่เหลือค้ำออกจากเต้านม ได้แก่ การบีบน้ำนม

6. ให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ได้มีประสบการณ์และการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเองโดยการฝึกทักษะ และปฏิบัติทักษะ เกี่ยวกับการนำน้ำนมที่เหลือค้ำออกจากเต้านม ได้แก่ การบีบน้ำนม

7. ผู้วิจัยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรบันทึกพฤติกรรมการป้องกันการคัดติงเต้านมลงในแบบบันทึกพฤติกรรมการป้องกันการคัดติงเต้านมที่แนบไว้ท้ายคู่มือการป้องกันการคัดติงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่แจกให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรแล้วเมื่อผู้วิจัยเข้าพบครั้งที่ 1 และให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรบันทึกพฤติกรรมการป้องกันการคัดติงเต้านมลงในแบบบันทึกพฤติกรรมการป้องกันการคัดติงเต้านมอย่างต่อเนื่อง

8. ผู้วิจัยบันทึกลงในสมุดบันทึกจำนวนครั้งของการเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการคัดติงเต้านมและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อรับทราบ และทำการนัดพบครั้งที่ 4 ซึ่งมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้รับการพักผ่อนอย่างน้อย 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร

**ครั้งที่ 4 (72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 30 - 45 นาที**

1. ผู้วิจัยเข้าพบมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ตามนัดหมาย พุดคุยซักถามเกี่ยวกับสภาพร่างกายและจิตใจของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร เปิดโอกาสให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรพุดคุยและระบายความรู้สึก เกี่ยวกับการป้องกันการคัดติงเต้านมที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยให้คำแนะนำเพิ่มเติมและชี้แนะแนวทางแก้ไขตามความเหมาะสมเพื่อลดสิ่งเร้าทางอารมณ์ หรือกล่าวชมเชยเมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรปฏิบัติได้ดีแล้ว เพื่อกระตุ้นภาวะทางอารมณ์

2. ถ้าพบว่ามีปัญหาเกิดขึ้นในการป้องกันการคัดติงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ผู้วิจัยวิเคราะห์ปัญหา และหาแนวทางแก้ไขร่วมกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ให้คำแนะนำเพิ่มเติมหรือทบทวนสิ่งที่มีมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรไม่เข้าใจหรือสงสัยและสนับสนุนทางด้านอารมณ์โดยการให้กำลังใจในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นนั้น

3. ผู้วิจัยให้ความรู้โดยการแนะนำเป็นรายบุคคล โดยทบทวนทุกเรื่องในสถานการณ์จริง คือ เรื่องการคัดติงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร การส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม การนําน้ำนมที่เหลือคั่งจากเต้านม

4. ให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้สังเกตตัวแบบผ่านภาพพลิกที่ใช้ประกอบการสอน เรื่องการคัดติงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร การส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม การนําน้ำนมที่เหลือคั่งจากเต้านม

5. ให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรสังเกตตัวแบบจากชีวิตจริงที่ประสบความสำเร็จในวิธีปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับการคัดติงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร การส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม การนําน้ำนมที่เหลือคั่งจากเต้านม ได้แก่ การประเมินลักษณะของการเริ่มการคัดติงเต้านม การใช้ความร้อน การนวดเต้านม การให้ทารกดูดนมมารดาอย่างมีประสิทธิภาพ การอุ้มทารกดูดนมมารดา และการบีบน้ำนม

6. ให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้มีประสบการณ์และการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเองโดยการฝึกทักษะ และปฏิบัติทักษะ เกี่ยวกับ การคัดติงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร การส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม และการนําน้ำนมที่เหลือคั่งจากเต้านม ได้แก่ การ

ประเมินลักษณะของการเริ่มการคัดตั้งเต้านม การใช้ความร้อน การนวดเต้านม การให้ทารกดูดนม มารดาอย่างมีประสิทธิภาพ และการอุ้มทารกดูดนมมารดา การบีบหน้านม

7. ผู้วิจัยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรบันทึกพฤติกรรมการป้องกันการคัดตั้งเต้านมลงในแบบบันทึกพฤติกรรมการป้องกันการคัดตั้งเต้านมที่แนบไว้ท้ายคู่มือการป้องกันการคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่แจกให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรแล้วเมื่อผู้วิจัยเข้าพบครั้งที่ 1 และให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรบันทึกพฤติกรรมการป้องกันการคัดตั้งเต้านมลงในแบบบันทึกพฤติกรรมการป้องกันการคัดตั้งเต้านมอย่างต่อเนื่อง

8. ผู้วิจัยบันทึกลงในสมุดบันทึกจำนวนครั้งของการเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการคัดตั้งเต้านมและให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อรับทราบ ทำการนัดหมายมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรในระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตร 4 วัน (96 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) เพื่อขอความร่วมมือให้ตอบแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการคัดตั้งเต้านม และนัดอีกครั้งในระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตร 5 วัน (120 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) เพื่อขอความร่วมมือให้ตอบแบบประเมินอาการและอาการแสดงของการคัดตั้งเต้านม

9. ในระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตร 4 วัน (96 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) ผู้วิจัยเข้าพบมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรตามที่นัดหมาย สร้างสัมพันธภาพ และพูดคุยซักถามอาการทั่วไปของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ผู้วิจัยตรวจสอบแบบบันทึกพฤติกรรมการป้องกันการคัดตั้งเต้านมที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรบันทึก อีกทั้งผู้วิจัยขอความร่วมมือให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรตอบแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการคัดตั้งเต้านม ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบวัด

### **ขั้นที่ 3 ขั้นเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง**

#### **3.1 การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มควบคุม**

ระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตร 5 วัน (120 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) ผู้วิจัยเข้าพบมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรตามที่นัดหมาย สร้างสัมพันธภาพ และพูดคุยซักถามอาการทั่วไปของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร จากนั้นจึงขอความร่วมมือจากมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรในการตอบแบบประเมินอาการและอาการแสดงของการคัดตั้งเต้านม (Post-test) เมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรตอบแบบประเมินอาการและอาการแสดงของการคัดตั้งเต้านมเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบประเมิน และแจ้งให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทราบว่าถึงการสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณ

#### **3.2 การเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง**

ระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตร 5 วัน (120 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) ผู้วิจัยเข้าพบมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรตามที่นัดหมาย สร้างสัมพันธภาพ และพูดคุยซักถามอาการทั่วไปของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร จากนั้นผู้วิจัยขอความร่วมมือให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรตอบแบบประเมิน

อาการและอาการแสดงของการคัดตึงเต้านม (Post-test) เมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรตอบแบบประเมินอาการและอาการแสดงของการคัดตึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเสร็จ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของการตอบแบบประเมิน หลังจากนั้นแจ้งให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทราบว่าถึงการสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ พร้อมทั้งแสดงความขอบคุณ

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล ขอความร่วมมือในการวิจัย

2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผู้วิจัยเข้าพบ หัวหน้าหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม และหัวหน้าหอผู้ป่วยทารกแรกเกิด แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขอใช้สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองตามคุณสมบัติและเกณฑ์ที่กำหนดไว้

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมดังนี้

4.1 ผู้วิจัยติดต่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่แผนกหลังคลอดหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม (12 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการทำวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย

4.2 หลังจากได้รับความร่วมมือและยินยอมจากมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรแล้ว ผู้วิจัยจึงให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร และทำการนัดมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรในระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตร 5 วัน (120 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร)

4.3 เมื่อถึงระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตร 5 วัน (120 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) ผู้วิจัยเข้าพบมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรและขอความร่วมมือจากมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรให้ตอบแบบประเมินอาการและอาการแสดงของการคัดตึงเต้านม

5. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มทดลองดังนี้

5.1 ผู้วิจัยติดต่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่แผนกหลังคลอดหอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม (12 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตนเอง แจ้งวัตถุประสงค์ และขั้นตอนในการทำวิจัย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัย

5.2 หลังจากได้รับความร่วมมือและยินยอมจากมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรแล้ว ผู้วิจัยจึงให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร และดำเนินการให้โปรแกรมป้องกันการคัดตึงเต้านมในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล 4 ครั้ง



คือ ครั้งที่ 1 (12 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) ครั้งที่ 2 (24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) ครั้งที่ 3 (48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) ครั้งที่ 4 (72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร)

5.3 ในระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตร 4 วัน (96 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) ผู้วิจัย เข้าพบมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรและขอความร่วมมือให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรตอบแบบวัด การรับรู้ความสามารถในการป้องกันการคัดติงเต้านม

5.4 ในระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตร 5 วัน (120 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) ผู้วิจัย เข้าพบมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรและขอความร่วมมือให้ตอบแบบประเมินอาการและอาการแสดง ของการคัดติงเต้านม

6. นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS/FW (Statistical Package for the Social Science for Windows) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ โดยแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนอาการและอาการแสดงการคัดติงเต้านม ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรหลังการใช้โปรแกรมป้องกันการคัดติงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัด คลอดบุตรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติที (Independent t-test) โดยกำหนด ระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมป้องกันการคัดติงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบอาการและอาการแสดงของการคัดติงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการคัดติงเต้านมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (N=20)		กลุ่มควบคุม (N=20)		รวม (N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	อายุ					
20-30	6	30.0	8	40.0	14	35.0
31-40	14	70.0	12	60.0	26	65.0
สถานภาพสมรส						
แยกกันอยู่กับสามี	-	0.0	1	5.0	1	5.0
อยู่ด้วยกันกับสามี	20	100.0	19	95.0	39	97.5
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	1	5.0	-	0.0	1	2.5
มัธยมศึกษาตอนต้น	2	10.0	3	15.0	5	12.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย	5	25.0	1	5.0	6	15.0
ปวช.	-	0.0	1	5.0	1	5.0
ปวส.	1	5.0	3	15.0	4	10.0
ปริญญาตรี	11	55.0	12	60.0	23	57.5

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตาม อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (N=20)		กลุ่มควบคุม (N=20)		รวม (N=40)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
	<b>อาชีพ</b>					
แม่บ้าน	3	15.0	2	10.0	5	12.5
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	2	10.0	1	5.0	3	15.0
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	25.0	4	20.0	9	22.5
รับจ้าง	10	50.0	11	55.0	21	52.5
อื่นๆ	-	0.0	2	10.0	2	5.0
<b>รายได้ของครอบครัวต่อเดือน</b>						
น้อยกว่า 10,000 บาท	6	30.0	5	25.0	11	27.5
10,000-20,000 บาท	11	55.0	13	65.0	24	60.0
มากกว่า 20,000 บาท	3	15.0	2	10.0	5	12.5
<b>ความเพียงพอของรายได้</b>						
รายได้เพียงพอเหลือเก็บ	3	15.0	5	25.0	8	20.0
รายได้เพียงพอกับรายจ่าย	16	80.0	14	70.0	30	75.0
รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	1	5.0	1	5.0	2	5.0

จากตารางที่ 2 ลักษณะของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 65.0 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันกับสามี คิดเป็นร้อยละ 97.5 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 57.5 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 52.5 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,000-20,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 60.0 และมีรายได้เพียงพอกับรายจ่าย คิดเป็นร้อยละ 75.0

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบอาการและอาการแสดงของการคัดตึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร  
ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการคัดตึงเต้านมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนอาการและอาการแสดงของการ  
คัดตึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนอาการและอาการแสดง การคัดตึงเต้านมของ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	
1. ปวดเต้านม	2.20	0.95	3.25	0.71	3.86*
2. เต้านมแข็งเหมือนกระดาน	1.85	0.74	2.90	0.97	3.84*
3. เต้านมขยายจนรัดตึง	2.05	0.83	3.05	1.05	3.35*
4. เต้านมใสตึงเป็นมัน	1.45	0.69	2.85	1.14	4.72*
5. สีผิวเต้านมเป็นสีแดง	1.75	0.79	2.25	0.97	1.79
6. ผิวหนังบริเวณเต้านมอุ่น มากหรือร้อน	2.15	0.99	3.00	0.79	2.99*
7. มองเห็นเส้นเลือดดำบริเวณ เต้านมชัดเจน	2.00	0.97	2.60	0.94	1.98
8. คลำได้ก้อนแข็งบริเวณ ต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้	1.45	0.99	1.75	1.02	0.94
9. หัวนมแบนไม่ตั้งชัน	1.80	0.77	2.25	0.91	1.42
10. ทารกอมหัวนมได้ยากลำบาก	1.75	0.85	2.00	0.95	0.70
รวม	18.45	5.44	25.90	6.23	4.49*
ระดับการคัดตึงเต้านม	เล็กน้อย		มาก		

\* P<.05

จากตารางที่ 3 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการและอาการแสดงของการคัดตึงเต้านมของ  
มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรของกลุ่มทดลองหลังได้รับ โปรแกรมป้องกันการคัดตึงเต้านมเท่ากับ  
18.45 คะแนน ส่วนกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติเท่ากับ 25.90 คะแนน เมื่อนำมา  
เปรียบเทียบกันด้วยวิธีสถิติ Independent t-test พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของ  
คะแนนอาการและอาการแสดงของการคัดตึงเต้านมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  
.05 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการและอาการแสดงของการคัดตึงเต้านมของกลุ่ม  
ทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการและอาการ

แสดงของการคัดตั้งด้านมโนอาการและอาการแสดงที่พบว่าสีผิวบริเวณเต้านมเป็นสีแดง การที่มองเห็นเส้นเลือดดำบริเวณเต้านมชัดเจน การคลำได้ก้อนแข็งบริเวณต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ การให้ทารกดูดนมแล้วหัวนมแบนไม่ตั้งชัน และทารกอมหัวนมได้ยากลำบาก

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า คะแนนอาการและอาการแสดงของการคัดตั้งเต้านมของมารดา หลังผ่าตัดคลอดบุตรทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคะแนนอาการและอาการแสดงของการคัดตั้งเต้านมที่เกิดขึ้นเฉลี่ยสูงสุด คือ อาการปวดเต้านม ส่วนคะแนนเฉลี่ยที่ต่ำที่สุด คือ การคลำได้ก้อนแข็งบริเวณต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมป้องกันการคัดตึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi - experimental research) แบบสองกลุ่มวัดหลังการทดลอง (The posttest only control group design) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการคัดตึงเต้านม และกลุ่มควบคุม คือมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการและอาการแสดงของการคัดตึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการคัดตึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานของการวิจัย คือ อาการและอาการแสดงของการคัดตึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการคัดตึงเต้านมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประชากรที่ศึกษา คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรครั้งแรก อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี บริบูรณ์ และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรครั้งแรก อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีบริบูรณ์ ที่เข้ารับการรักษาพยาบาลในแผนกหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างวันที่ 15 มีนาคม 2549 – จนถึง 31 มีนาคม 2549 จำนวน 40 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ คือ 1) มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรครั้งแรก อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปีบริบูรณ์ และมีความประสงค์ที่จะเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ 2) ผู้วิจัยประเมินลักษณะเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรในระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตร 12 ชั่วโมงซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องมีลักษณะของเต้านมที่ไม่มีปัญหา คือ เต้านมอักเสบ, หัวนมแตก, หัวนมสั้นหรือแบน, หัวนมบอด หัวนมบวม เนื่องจากเป็นลักษณะเต้านมที่ต้องรักษาก่อนจึงเลี้ยงบุตรด้วยนมแม่ได้ (Houston, 1984 อ้างถึงใน Robson, 1990) และต้องมีหัวนมปกติคือ ยาวประมาณ 1-2 เซนติเมตรยื่นออกมาชัดเจนเมื่อทดสอบด้วยวิธีของวอลล์เลอร์ (Waller's test) (Otte, 1975: 454 อ้างถึงใน นงนุช ต้นตระรา, 2540) โดยใช้นิ้วหัวแม่มือและนิ้วชี้ วางลงบนลานนมซีกตรงต่อของหัวนมและลานนม ให้หัวนมอยู่ระหว่างนิ้วทั้งสอง กดนิ้วทั้งสองลงบนลานนมเข้าหาตัวผู้ประเมินแล้วบีบนิ้วทั้งสองเข้าหากัน นิ้วทั้งสองจะจับหัวนมได้ หัวนมไม่ผลุบลงไป เมื่อตรวจพบลักษณะนี้จัดว่าเป็นหัวนมปกติ 3) กลุ่มตัวอย่างไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่มีผลต่อการดูแลมารดา 4) มีบุตรที่ไม่มีปัญหาหรือภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้ไม่สามารถดูแลมารดาได้ 5) กลุ่ม

ตัวอย่างไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็น การพูด และการใช้ภาษาไทย 6) เป็นผู้ยินยอมให้ ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยได้กลุ่มตัวอย่างจากการตรวจสอบคุณสมบัติของมารดาหลัง ผ่าตัดคลอดบุตรตามเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ ที่แผนกหลังคลอด ถ้ามีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์ที่ กำหนดไว้ก็จะคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง และเพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contamination) ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยจึงจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมจนครบจำนวน 20 รายก่อน หลังจากทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมจนครบแล้ว จึงจัดกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองจน ครบจำนวน 20 ราย โดยได้จัดให้กลุ่มตัวอย่างมีความเท่าเทียมกัน (Match pair) ในด้านขนาดของ เต้านม เนื่องจากมีการศึกษาพบว่าขนาดของเต้านมเป็นตัวแปรที่มีผลต่ออาการและอาการแสดงของ การคัดเต้านม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีดังนี้ คือ 1) โปรแกรมป้องกันการคัดเต้านม ประกอบด้วย กิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการคัดเต้านม ทั้ง 4 วิธี คือ การได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ ของผู้อื่น การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง และการกระตุ้นทาง ร่างกายและทางอารมณ์ 2) แผนการสอนและภาพพลิกจำนวน 3 เรื่อง คือ เรื่องการคัดเต้านมของ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร การส่งเสริมการไหลของน้ำนม การนําน้ำนมที่เหลือค้างออกจากเต้านม และคู่มือการป้องกันการคัดเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ได้ผ่านการตรวจสอบจาก ผู้ทรงคุณวุฒิ และได้นำไปทดลองใช้กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 3 ราย ก่อนนำไปใช้จริง 3) แบบประเมินอาการและอาการแสดงของการคัดเต้านม และแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการคัดเต้านม ที่ได้ผ่านการตรวจสอบ ความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) เท่ากับ 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข และตรวจสอบความเที่ยง ของเครื่องมือโดยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (try out) กับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ที่มีลักษณะ คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษามากที่สุด แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 30 ราย และนำไปวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้เท่ากับ .82 และ .84 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการดำเนินการทดลองทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร สำหรับ ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง กลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ ตามที่โรงพยาบาลได้จัดให้ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทุกรายที่เข้ารับไว้ในการดูแลที่แผนกหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวช กรรม ประกอบด้วย คำแนะนำเรื่องการอุ้มให้ทารกคุณนมมารดา การคัดเต้านม การใช้ความร้อน การนวดเต้านม การบีบน้ำนม โดยพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกทารกแรกเกิด ตามอาการและความ พร้อมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ส่วนกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมป้องกันการคัดเต้านม



ประกอบด้วย กิจกรรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองทั้ง 4 วิธี คือ การได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง และการกระตุ้นทางร่างกายและทางอารมณ์โดยจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคลรวมทั้งหมด 4 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 30 – 45 นาที โดยดำเนินกิจกรรมครั้งที่ 1 คือ 12 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร ครั้งที่ 2 คือ 24 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร ครั้งที่ 3 คือ 48 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร ครั้งที่ 4 คือ 72 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร ในระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตรวันที่ 4 (96 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือกำกับการทดลองคือ แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการคัดติงเต้านม และในระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตรวันที่ 5 (120 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังดำเนินการทดลองด้วยแบบประเมินอาการและอาการแสดงของการคัดติงเต้านม (Post test) ซึ่งใช้เวลา 10-15 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยใช้โปรแกรม SPSS/FW เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลหาค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบคะแนนอาการและอาการแสดงของการคัดติงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการคัดติงเต้านมกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

### สรุปผลการวิจัย

อาการและอาการแสดงของการคัดติงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการคัดติงเต้านมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมป้องกันการคัดติงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ผลการวิจัยสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้ คือ

**สมมติฐานการวิจัย** คือ อาการและอาการแสดงของการคัดติงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการคัดติงเต้านมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนอาการและอาการแสดงของการคัดติงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการคัดติงเต้านมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( ดังแสดงในตารางที่ 3 ) แสดงว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการคัดติงเต้านมมีอาการและอาการแสดงของการคัดติงเต้านมต่ำกว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

สามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ว่า จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ที่กล่าวไว้ว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีบทบาทสำคัญต่อการกระทำของบุคคล เนื่องจากการประเมินตัดสินของบุคคลว่าตนมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมหรือจัดการกับสถานการณ์เฉพาะเจาะจงบางอย่างให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้นั้นได้สำเร็จหรือไม่ ซึ่งการที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมใดๆ นั้นก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความคาดหวัง หรือมีความเชื่อมั่นว่า เขามีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมหรือพฤติกรรมนั้นๆ ได้สำเร็จ และพฤติกรรมนั้นๆ น่าจะทำให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการ ดังนั้นในสถานการณ์ของการเป็นมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ซึ่งเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องการเกิดการคัดติงเต้านมมากที่สุด (Robson, 1990) เนื่องจากความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง และความพร้อมของสภาพร่างกายที่จะเลี้ยงลูกด้วยนมมารดาแล้ว ทำให้เกิดการคัดติงเต้านมได้ ด้วยเหตุนี้หากมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรมีการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการคัดติงเต้านม ก็จะทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร สามารถปฏิบัติการป้องกันการคัดติงเต้านมได้ถูกต้องเหมาะสม ทำให้เกิดการคัดติงเต้านมลดลง ซึ่งการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura (1977) ได้กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งนั้นเกิดจากการเรียนรู้ข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่างๆ 4 แหล่ง ดังนี้ คือ 1) การได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง 2) การเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น 3) การมีประสบการณ์หรือการกระทำที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง และ 4) การกระตุ้นทางร่างกายและการกระตุ้นทางอารมณ์ ดังนั้นในการจัดกิจกรรมของโปรแกรมป้องกันการคัดติงเต้านมในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำแหล่งสร้างการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองทั้ง 4 แหล่งตามแนวคิดของ Bandura (1997) มาใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรม ซึ่งจากผลการวิจัยพบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการคัดติงเต้านมมีอาการและอาการแสดงของการคัดติงเต้านมต่ำกว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ทั้งนี้อธิบายได้ว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มทดลองที่ได้รับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองจากทั้ง 4 แหล่ง โดยผู้วิจัยเริ่มต้นจากการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร มีการซักถามและพูดคุยอย่างเป็นกันเอง มีการจัดสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ไม่มีการรบกวนจากสิ่งแวดล้อมอื่นแล้วผู้วิจัยสนับสนุนด้านร่างกาย โดยประเมินสภาพทั่วไปของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร และเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย โดยวัดสัญญาณชีพ หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้พูดคุย และระบายความรู้สึกที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการป้องกันการคัดติงเต้านมในช่วง 24 ชั่วโมงแรกที่เข้าร่วมกิจกรรม และสนับสนุนให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรคุ้นเคยกับสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยการให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรมีการอุ้มทารกดูนมมารดา มีการดูดกระตุ้นเต้านมอย่างสม่ำเสมอ และมีการดูนมอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยคอยดูแลอย่างใกล้ชิดซึ่งช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรคลายความเครียด และความวิตกกังวล เนื่องจากในการตัดสินใจ

ความสามารถของตนเองของบุคคลนั้น ส่วนหนึ่งอาศัยจากการแสดงทางร่างกาย และสภาพอารมณ์ที่ถูกกระตุ้น เมื่อเผชิญความเครียดหรือสถานการณ์ที่คุกคามจะมีผลต่อความรู้สึกในทางลบ เช่น ความกลัว ความวิตกกังวล ทำให้การรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง หรือไม่สามารถแสดงออกได้ดี (Bandura, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชรา สุนทรารชุน (2541) ที่ศึกษาความเครียดกับพฤติกรรมของมารดาในการเลี้ยงดูบุตร พบว่า ความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรในขวบปีแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มทดลองได้รับการกระตุ้นทางร่างกาย และการกระตุ้นทางอารมณ์ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม จึงทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ความสามารถและแสดงออกถึงความสามารถของตนเองในการป้องกันการคัดติงเต้านมได้ดีขึ้น

เมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้รับการเตรียมพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจแล้ว ผู้วิจัยดำเนินการตามแหล่งการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองขึ้นไป คือ การได้รับคำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง โดยผู้วิจัยได้ทำการสอนในเรื่องการคัดติงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร การเปลี่ยนแปลงของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ส่งผลต่อการคัดติงเต้านม ความหมายของการคัดติงเต้านม อาการและอาการแสดง สาเหตุ ระยะเวลาที่พบอาการ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคัดติงเต้านม และ การประเมินลักษณะของการเริ่มการคัดติงเต้านม เรื่องการส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม และเรื่องการนำน้ำนมที่เหลือค้างออกจากเต้านม ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับวิธีการนำน้ำนมที่เหลือค้างออกจากเต้านม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้และเข้าใจการป้องกันการคัดติงเต้านมได้อย่างถูกต้อง ซึ่งการศึกษาของ Broussard et al. (1970) พบว่า การให้คำแนะนำแก่มารดาในระยะหลังคลอดใหม่ๆ มีผลทำให้การรับรู้ของมารดาดีขึ้น และในการสอนครั้งนี้ผู้วิจัยใช้หลักการสอน (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537: 45) คือ สอนในสิ่งที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรต้องการรู้ การสอนในเรื่องดังกล่าวจึงช่วยส่งเสริมให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดการเรียนรู้ เนื่องจากเป็นเรื่องที่อยู่ในความสนใจและความต้องการของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ต้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงเป็นแรงกระตุ้นที่ทำให้เกิดการรับรู้ที่ดี (Nichols and Humenick, 1988: 422) และการสอนตามความต้องการของบุคคลนั้นจะช่วยพัฒนาความรู้และการปฏิบัติได้ (Orem, 1995) นอกจากนี้ในการสอนครั้งนี้ผู้วิจัยใช้รูปแบบการสอนเป็นรายบุคคล ซึ่งช่วยให้ผู้วิจัยทราบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปัญหาความต้องการของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรแต่ละราย และช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรสามารถมองปัญหาของตนเองได้อีกทั้งการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้วิจัย และมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ทำให้มีความรู้สึกเป็นกันเอง ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกล้าที่จะปรึกษาปัญหาต่างๆ ในการป้องกันการคัดติงเต้านมได้โดยไม่ต้องกังวล ดังนั้นข้อมูล ความรู้ และทักษะที่ได้จากการสอน จะช่วยให้มารดาหลัง

ผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มทดลองสามารถเกิดการรับรู้ความสามารถของตน และตัดสินใจกระทำการ ป้องกันการคัดติงเต้านมตามที่ต้องการได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม

นอกจากนี้ในขณะที่ทำการสอน ผู้วิจัยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มทดลองมีการเรียนรู้ ผ่านตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น โดยการจัดให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มทดลองได้ เห็นตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ผ่านภาพพลิกอธิบายประกอบ ซึ่งมีทั้งรูปภาพที่สวยงาม และข้อความ สั้นๆ ที่เข้าใจง่าย และที่สอดคล้องกับแผนการสอน ซึ่งมีส่วนช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร กลุ่มทดลองเกิดความสนใจ และเข้าใจในขั้นตอนต่างๆ มากขึ้น และนอกจากนี้ผู้วิจัยได้แจกคู่มือ ป้องกันการคัดติงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ซึ่งเป็นการกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับการ ป้องกันการคัดติงเต้านมให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลับไปทบทวน ช่วยให้มารดาหลังผ่าตัด คลอดบุตรกลุ่มทดลองเกิดความเข้าใจ สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง และจดจำได้มากขึ้น เพราะสื่อการ สอนที่เป็นคู่มือ เอกสารต่างๆ จัดเป็นสื่อเร้าที่กระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น (Clayton, 1963:43 อ้างถึงใน ฌิชา ว่องไว, 2541: 58) เป็นการเก็บสะสมความรู้ที่สามารถเรียกออกมาใช้ได้ และสามารถให้ความหมายต่อประสบการณ์การเรียนรู้แก่ผู้ป่วยได้ (กิดานันท์ มลิทอง, 2543: 83) ซึ่งจาก การศึกษาของ นวลอนงค์ บุญฤทธิ์พงศ์ (2530) พบว่า มารดาที่ได้รับความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนม มารดา โดยการได้รับคำแนะนำร่วมกับหนังสือการ์ตูน มีการปฏิบัติการเลี้ยงลูกด้วยนมมารดา ภายหลังคลอดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ประกอบกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มทดลองยังได้สังเกต และเรียนรู้ผ่านตัวแบบที่มี ชีวิตผ่านการสาธิตจากผู้วิจัย ซึ่งได้แก่ การสาธิตการใช้ความร้อน การนวดเต้านม การอุ้มทารกคูด นนมมารดา การคูดนมมารดาอย่างมีประสิทธิภาพ การบีบน้ำนม ซึ่งการสาธิตนั้นช่วยให้มารดาหลัง ผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มทดลองได้เห็นวิธีการตามลำดับขั้นตอนอย่างชัดเจน ทำให้เกิดความเข้าใจแจ่ม เจ้งและเกิดความมั่นใจตนเองว่าสามารถทำได้ (นที เกื้อกูลกิจการ, 2541) อีกทั้งกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้ สาธิตนั้นเป็นกิจกรรมที่แสดงออกไม่ซับซ้อน ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มทดลอง สามารถเลียนแบบได้ไม่ยาก ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดการเรียนรู้ทางอ้อม จากการสังเกตและการกระทำของตัวแบบผ่านภาพพลิก คู่มือ และประสบการณ์ที่ประสบ ความสำเร็จในการป้องกันการคัดติงเต้านมจากการสาธิตจากผู้วิจัย จึงทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอด บุตรกลุ่มทดลองเกิดความคิดคล้อยตามว่าตนก็น่าจะทำได้ถ้าตั้งใจ และพยายาม และช่วยให้เกิดการ รับรู้ว่าคุณเองก็มีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มทดลองได้มีโอกาสฝึกทักษะในการ ป้องกันการคัดติงเต้านม หลังจากได้เรียนรู้ผ่านตัวแบบที่เป็นสัญลักษณ์ และตัวแบบจากชีวิตจริง ซึ่ง เป็นการเพิ่มการปฏิบัติในสิ่งที่แสดงออกถึงความสำเร็จซึ่งเป็นประสบการณ์ตรง ซึ่งประสบการณ์ ของการได้รับความสำเร็จมาก่อนนั้น เป็นแหล่งที่มาที่สำคัญและมีอิทธิพลมากที่สุดในการสร้างการ รับรู้ความสามารถของตนเอง (วาสนา ชาวหา, 2533) โดยจัดให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่ม

ทดลองฝึกทักษะเกี่ยวกับการป้องกันการคัดตั้งเต้านม ได้แก่ การใช้ความร้อน การนวดเต้านม การอุ้มทารกคนมารดา การดูแลมารดาอย่างมีประสิทธิภาพ การบีบน้ำนม ซึ่งผู้วิจัยอยู่ใกล้ๆ ให้คำแนะนำ และให้กำลังใจ เสริมแรงใจเมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มทดลองสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง และผู้วิจัยสนับสนุนในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ในครั้งต่อไป ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรรู้สึกพึงพอใจเนื่องจากเป็นความสำเร็จตามที่คาดหวัง ส่งผลให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มทดลองเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการคัดตั้งเต้านม ซึ่งจากการศึกษาของ สมพร โชติวิทยารากร (2543) พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับ โปรแกรมพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของมารดา ซึ่งประกอบด้วย การให้คำแนะนำ การสาธิต การฝึกปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การบันทึกสุขภาพและจดหมายกระตุ้นเตือน มีการรับรู้สมรรถนะของมารดาและพฤติกรรมมารดาในการดูแลบุตรเพิ่มขึ้นสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ส่วนในกิจกรรมที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มทดลองรู้สึกว่ายาก และไม่มั่นใจว่าตนเองจะทำได้ หรือปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจัดให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มทดลองมีส่วนร่วมในตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จ โดยการสนับสนุนให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มทดลองได้ฝึกทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันการคัดตั้งเต้านมร่วมกับผู้วิจัย จนเกิดความมั่นใจที่จะกระทำด้วยตนเอง ผู้วิจัยเสริมแรงใจโดยกล่าวคำชมเชยเมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มทดลองสามารถทำได้สำเร็จ ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มทดลองได้ตระหนักถึงความสามารถของตน ที่จะทำพฤติกรรมเหล่านั้นได้สำเร็จ ดังนั้นเมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มทดลองได้สร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองขึ้นมาแล้ว ก็จะมีความพยายามในการทำกิจกรรมต่างๆ นั้นต่อเนื่อง และถึงแม้จะต้องเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ก็ไม่ย่อท้อง่ายๆ

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า โปรแกรมป้องกันการคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเพื่อส่งเสริมให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) โดยใช้แหล่งการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองทั้ง 4 วิธี ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการคัดตั้งเต้านมมีอาการและอาการแสดงของการคัดตั้งเต้านมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งจากความรู้ทางทฤษฎี การศึกษา และงานวิจัยการรับรู้ความสามารถที่ผ่านมามสนับสนุนว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลมากทางด้านสุขภาพ โดยเป็นตัวทำนายการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ และคงอยู่ของพฤติกรรม (Holloway and Watson, 2002: 106; Strecher et al., 1986: 73-91) และเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1987) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมทรง เก้าฝาย (2541) ศึกษาผลการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดและพฤติกรรมการดูแลทารก ผลการศึกษาพบว่า มารดาที่ได้รับการเตรียมมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนดสูงกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียม และมีพฤติกรรมดูแลทารก

ถูกต้องมากกว่ามารดาที่ไม่ได้รับการเตรียม ( $P<.001$ ) และการศึกษาของนุชนาถ สะกะมณี (2541) ศึกษา ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอด ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอดที่ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับมาก และความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอดที่ได้ใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $P<.05$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิ หนูงออาลี (2547) ศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรก ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครรภ์แรกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ( $P<.05$ )

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า เมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้รับการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการคัดตั้งเต้านม จะทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดความเชื่อมั่น เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมป้องกันการคัดตั้งเต้านม ทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันการคัดตั้งเต้านมที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้อาการและอาการแสดงของการคัดตั้งเต้านมลดลง

เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการคัดตั้งเต้านม โดยพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในเรื่องการประคบร้อนบริเวณเต้านมสูงที่สุด ( $\bar{x}=3.80$ ) อาจเนื่องจากกิจกรรมการประคบร้อนเป็นกิจกรรมที่ไม่มีความยุ่งยาก มีขั้นตอนที่ไม่ซับซ้อน และการประคบร้อนนี้เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร รู้สึกผ่อนคลาย (Walker, 2000) จึงทำให้มารดากระตือรือร้นที่จะทำกิจกรรมนี้ จึงส่งผลให้คะแนนในข้อนี้อยู่ในระดับสูงที่สุด และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในเรื่องการอุ้มทารกดูคนในท่าต่างๆ ( $\bar{x}=3.70$ ), การให้ทารกดูนมมารดาทุก 3 ชั่วโมง ( $\bar{x}=3.75$ ) และ การให้ทารกอมหัวนมลึกถึงลานนม ( $\bar{x}=3.70$ ) ได้คะแนนเฉลี่ยใกล้เคียงกัน และอยู่ในระดับค่อนข้างสูง เนื่องจากการรับรู้ความสามารถทั้ง 3 เรื่องนี้ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้รับการส่งเสริมความสามารถนี้จากแหล่งอื่นด้วย เช่น จากพยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเข้าพักรักษาอยู่ และจากสื่อโฆษณาต่างๆ เช่น โทรทัศน์ ป้ายประกาศต่างๆ เพราะปัจจุบันองค์การอนามัยโลก (WHO) และองค์การกองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (Unicef) กำหนดให้มีการส่งเสริมและสนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างจริงจังในทุกประเทศทั่วโลก ประเทศไทยก็ตกลงเข้าร่วมโครงการ เพื่อบริการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วย ทำให้มีสื่อโฆษณาเกี่ยวกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เผยแพร่อยู่ตลอดเวลา ทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้รับข่าวสารผ่านสื่อต่างได้ง่าย จึงมีความรู้เรื่องนี้อยู่บ้าง ประกอบกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร

ในกลุ่มทดลองนี้ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความรู้ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 55.0) จึงมีความสนใจหาความรู้เรื่องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระดับหนึ่งแล้ว เพราะการศึกษาเป็นองค์ประกอบส่วนหนึ่งที่ทำให้บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจต่อข้อมูลได้ง่ายขึ้น และความรู้เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญในการพิจารณาตัดสินใจกระทำสิ่งต่างๆ อย่างมีเหตุผล ผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสได้ศึกษาหาความรู้ด้านสุขภาพอนามัย สามารถรับรู้และเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้ง่าย (Janet, 1982 อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2527) ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้คะแนนการรับรู้ความสามารถ เรื่องการอุ้มทารกคุณนมในท่าต่างๆ, การให้ทารกคุณนมมารดาทุก 3 ชั่วโมง และ การให้ทารกอมหัวนมถึงลานนม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีคะแนนค่อนข้างสูง

ส่วนคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการกัดตึงเต้านม เรื่องการบีบน้ำนมออกจากเต้านม ได้คะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด ( $\bar{x}=3.25$ ) อาจเนื่องจากการบีบน้ำนมออกจากเต้านมเป็นเรื่องที่ค่อนข้างใหม่ที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรไม่เคยปฏิบัติ ไม่เคยมีประสบการณ์มาก่อน และการเผยแพร่เรื่องนี้ยังไม่ค่อยแพร่หลายนัก จึงทำให้การรับรู้ความสามารถในเรื่องนี้มีคะแนนเฉลี่ยค่อนข้างต่ำ อีกทั้งในช่วงเวลาที่ผู้วิจัยแนะนำเรื่องการบีบน้ำนมออกจากเต้านมครั้งสุดท้ายเป็นระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตร 72 ชั่วโมง เป็นช่วงเวลาที่มึนน้ำนมโดยมีค่าเฉลี่ย 38 มิลลิลิตรต่อมือ (ปราณี พงศ์ไพบุลย์, 2546) แต่มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการกัดตึงเต้านมมาแล้ว 2 ครั้ง มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มทดลองจะปฏิบัติตามโปรแกรมมาโดยตลอด เช่น การให้ทารกคุณนมมารดาทุก 3 ชั่วโมง ทำให้ปริมาณน้ำนมที่เหลือค้างในเต้านมเหลือน้อย หรือบางรายให้ทารกคุณนมมารดาจนหมดเต้า ทำให้ขณะที่ฝึกปฏิบัติการบีบน้ำนมมึนน้ำนมไหลออกมา จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรในเรื่องการบีบน้ำนมค่อนข้างต่ำ ทำให้มารดาคิดว่าไม่ประสบความสำเร็จในกิจกรรมนั้น ผู้วิจัยต้องอธิบายให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเข้าใจถึงสาเหตุที่เกิดขึ้น

เมื่อพิจารณาคะแนนอาการและอาการแสดงของการกัดตึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าอาการและอาการแสดงของการกัดตึงเต้านมที่เกิดขึ้นเฉลี่ยสูงที่สุด คือ อาการปวดเต้านม เนื่องอาการปวดเต้านมเป็นอาการที่เกิดขึ้นก่อนเป็นอันดับแรกของการกัดตึงเต้านม (Robson, 1990) อีกทั้งความทนต่อความเจ็บปวด (Pain tolerance) ของแต่ละคนไม่เหมือนกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ซึ่งมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 30-40 ปี (ร้อยละ 65.0) มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 52.5) การศึกษาในระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 57.5) รายได้เพียงพอกับรายจ่าย (ร้อยละ 75.0) ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกันทำให้ความทนต่อความเจ็บปวดมีลักษณะคล้ายคลึงกัน เพราะบุคคลในสังคมวัฒนธรรมจะสร้างแบบแผนตอบสนองตามทัศนคติ ค่านิยม กับความคาดหวังของสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งมักเกี่ยวข้องกับ อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา เศรษฐกิจ สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลและสอนให้บุคคลสร้างแบบแผนการตอบสนองต่อความเจ็บปวดในแต่ละสังคมและวัฒนธรรมขึ้น (ชนกพร จิตปัญญา,

2547) ส่วนคะแนนเฉลี่ยของอาการและอาการแสดงของคัดตึงเต้านมที่ต่ำที่สุด คือ การคลำได้ก้อน แข็งบริเวณต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ เนื่องจากอาการนี้ เป็นอาการที่จะเกิดในผู้ที่มีการคัดตึงเต้านมอย่างรุนแรง (Robson, 1990) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เกิดการคัดตึงเต้านมจะเกิดการคัดตึงเต้านมในระดับเล็กน้อยถึงมากเท่านั้น และไม่เกิดการคัดตึงเต้านมในระดับรุนแรง มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรจึงมีคะแนนอาการและอาการแสดงของการคัดตึงเต้านมในข้อนี้ต่ำที่สุด

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการและอาการแสดงของการคัดตึงเต้านมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ไม่มีความแตกต่างกันของค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการและอาการแสดงของการคัดตึงเต้านมในอาการและอาการแสดงที่พบว่าสีผิวบริเวณเต้านมเป็นสีแดง อาจเนื่องจากเมื่อหลังให้ทารกดูดนม การสัมผัส การดูของทารกบริเวณเต้านม อาจเกิดร่องรอยแดงขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นได้ แม้จะไม่เกิดการคัดตึงเต้านม และการที่มองเห็นเส้นเลือดดำบริเวณเต้านม ก็ไม่มีความแตกต่างกันใน 2 กลุ่ม เนื่องจาก เป็นอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่ไม่เกิดการคัดตึงเต้านม จากการที่ผิวหนังบริเวณเต้านมค่อนข้างบอบบาง การมองเห็นเส้นเลือดดำอาจจะชัดเจนอยู่แล้ว อีกทั้งตั้งแต่ตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงของเต้านมหลายอย่างเช่น มีการขยายขนาด ผิวหนังบางลงสามารถมองเห็นเส้นเลือดที่มาเลี้ยงได้ชัดเจน มีเลือดมาเลี้ยงมากขึ้น (สกล มนุสุข, 2546) ส่วนการคลำได้ก้อนแข็งบริเวณต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้ การให้ทารกดูดนม แล้วห้วนมแบนไม่ตั้งชัน และทารกอมห้วนมได้ยากลำบาก พบว่าไม่เกิดความแตกต่างกันใน 2 กลุ่ม เนื่องจากทั้ง 2 กลุ่มไม่เกิดการคัดตึงเต้านมอย่างรุนแรง ซึ่งอาการและอาการแสดงดังกล่าวเป็นอาการที่เกิดขึ้นเมื่อมีการคัดตึงเต้านมอย่างรุนแรง

### ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการคัดตึงเต้านมมีอาการและอาการแสดงของการคัดตึงเต้านมต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้ คือ

#### 1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 จากการศึกษา พบว่า อาการและอาการแสดงของการคัดตึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มทดลองอยู่ในระดับคัดตึงเต้านมเล็กน้อย ซึ่งถึงว่าไม่รุนแรง เป็นภาวะปกติที่เกิดขึ้นกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ส่วนกลุ่มควบคุมอยู่ในระดับคัดตึงเต้านมมาก เป็นภาวะที่เสี่ยงที่จะพัฒนาการคัดตึงเต้านมไปสู่การคัดตึงเต้านมระดับที่รุนแรง ดังนั้นในหน่วยงานสูติ-นรีเวชกรรมจึงควรจัดโปรแกรมป้องกันการคัดตึงเต้านมให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรอย่างต่อเนื่อง ให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการคัดตึงเต้านม เพื่อป้องกันการเกิดการคัดตึงเต้านมในระดับที่รุนแรงต่อไป



1.2 ควรมีการติดตามมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพราะการคัดดึงเต้านมจะเกิดขึ้นในระหว่างสัปดาห์แรกหลังคลอด และสามารถเกิดการคัดดึงเต้านมได้มากกว่า 1 ครั้ง ดังนั้นหากเกิดการคัดดึงเต้านมในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล แต่อาการก็ยังต่อเนื่อง ไปจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน โรงพยาบาลจึงควรติดตามมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเป็นระยะ เพื่อให้คำปรึกษาที่ต่อเนื่อง และสามารถติดตามประเมินผลการป้องกันการคัดดึงเต้านมอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเป็นการส่งเสริมกำลังใจให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการกระทำพฤติกรรมป้องกันการคัดดึงเต้านมที่ถูกต้อง และเหมาะสมต่อไป

1.3 โรงพยาบาลควรมีระบบหรือหน่วยบริการให้คำปรึกษาแก่มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่มีปัญหาในการป้องกันการคัดดึงเต้านม เพื่อช่วยให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรมีแนวทางในการแก้ปัญหา และสามารถตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาที่ถูกต้องเหมาะสม เพราะจากการปฏิบัติงานพบว่า มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรส่วนใหญ่ไม่กล้าที่จะซักถามปัญหา เกิดความวิตกกังวล และไม่ทราบว่าควรทำอย่างไร

## 2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการเพิ่มการสอนเรื่อง การนําน้ำนมที่เหลือค้างออกจากเต้านมโดยการบีบน้ำนม ในวันที่ 5 หลังผ่าตัดคลอดบุตรด้วย (120 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) เนื่องจากช่วงเวลาที่ผู้วิจัยแนะนำเรื่องการบีบน้ำนมออกจากเต้านมครั้งสุดท้ายเป็นระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตร 72 ชั่วโมง เป็นช่วงเวลาที่มึนน้ำนมโดยมีค่าเฉลี่ย 38 มิลลิลิตรต่อมือ แต่มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้เข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการคัดดึงเต้านมมาแล้ว 2 ครั้ง มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรจะปฏิบัติตามโปรแกรมมาโดยตลอด เช่น การให้ทารกดูดนมมารดาทุก 3 ชั่วโมง ทำให้ปริมาณน้ำนมที่เหลือค้างในเต้านมเหลือน้อย หรือบางรายให้ทารกดูดนมมารดาจนหมดเต้า ทำให้ขณะที่ฝึกปฏิบัติการบีบน้ำมนั้นไม่มีน้ำนมไหลออกมา จึงทำให้การรับรู้ความสามารถของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรในเรื่องการบีบน้ำนมค่อนข้างต่ำ ดังนั้นควรจะมีการสอนเรื่องนี้อีกครั้งในวันที่ 5 หลังผ่าตัดคลอดบุตร(120 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) เพราะช่วงเวลานั้นปริมาณน้ำนมจะมีมากแล้ว

2.2 ควรมีการศึกษาการคัดดึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเมื่อกลับบ้านแล้วด้วย เนื่องจากการคัดดึงเต้านมจะเกิดขึ้นในระหว่างสัปดาห์แรกหลังคลอด ดังนั้นหากเกิดการคัดดึงเต้านมในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล แต่อาการก็ยังต่อเนื่อง ไปจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน

2.3 ควรมีการปรับปรุงโปรแกรมในเรื่องช่วงเวลาการสอน ควรจะสอนในบางเรื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ เช่น เรื่องการคัดดึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร เนื่องจากมีกลุ่มตัวอย่างจำนวน 4 รายต้องออกจากโปรแกรม อาจเพราะกลุ่มตัวอย่างขาดการกระตุ้นการรับรู้

ความสามารถตั้งแต่ระยะตั้งครุฑ ทำให้เกิดการท้อถอยได้ง่าย อีกทั้งสภาพร่างกายมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร เกิดอาการอ่อนเพลีย ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมอย่างต่อเนื่องได้

2.4 ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการเกิดการคัดเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรในมารดาที่มีบุตรปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อน และมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่มีบุตรเจ็บป่วย เนื่องจากในขณะที่ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลพบว่า ร้อยละ 30 ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ไม่ได้อยู่ในกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ มีบุตรที่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ทารกตัวเหลือง ต้องได้รับการรักษาและไม่สามารถให้ทารกดูนมมารดาได้อย่างต่อเนื่อง



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

กิดานันท์ มลิทอง. เทคโนโลยีทางการศึกษาร่วมสมัย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.

กุสุมา ชูศิลป์. การอุ้มลูกวิธีและการดูแลลูกวิธี. ใน สำหรับ จิตตินันท์, วีระพงศ์ ฉัตรานนท์, และ ศิราภรณ์ สวัสดิ์ (บรรณาธิการ), **เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้..สู่การปฏิบัติ**, หน้า 96-102. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯเวชสาร, 2546.

เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. วิธีการให้น้ำนมแม่ในทารกเกิดก่อนกำหนดและทารกป่วย. ใน สำหรับ จิตตินันท์, วีระพงศ์ ฉัตรานนท์, และศิราภรณ์ สวัสดิ์ (บรรณาธิการ), **เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้..สู่การปฏิบัติ**, หน้า 251-266. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯเวชสาร, 2546.

จตุพล ศรีสมบูรณ์. ระยะหลังคลอด. ใน ชีรพร วุฒยวนิช, ชีระ ทองสง และจตุพล ศรีสมบูรณ์ (บรรณาธิการ), **ตำราสูติศาสตร์**, 125-130. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535.

จันทร์พิมพ์ สายสมร. การผลิตสื่อการสอนสุขภาพอนามัย. ในเอกสารการสอนชุดวิชาการเรียนการสอนสุขภาพอนามัยหน่วยที่ 8-15, 527-590. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมธิราช, 2532.

ชนกพร จิตปัญญา. เอกสารประกอบการบรรยาย เรื่อง ความเจ็บปวด. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547. (อัดสำเนา)

ณรงค์ สมพงษ์. สื่อเพื่องานเผยแพร่. กรุงเทพมหานคร: งานการพิมพ์ ฝ่ายสื่อการศึกษา สำนักส่งเสริมและฝึกอบรม มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, 2530.

ณิชา ว่องไว. ผลการเตรียมความพร้อมต่อพฤติกรรมการณ์เลี้ยงทารกด้วยนมมารดา และสัมพันธภาพระหว่างมารดาและทารก ในมารดาที่ได้รับการผ่าตัดเอาทารกออกทางหน้าท้อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

ตติรัตน์ สุวรรณสุจริต. การพยาบาลมารดาที่ได้รับการผ่าตัดคลอด. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: พี. เพรส., 2547.

ทัศนีย์ ประสบกิตติคุณ. การรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมสุขภาพ. วารสารสภาการพยาบาล 16,4 (2544): 1-12.

ทัศนีย์ เสมียนเพชร. ผลของการให้ทารกเริ่มดูดนมมารดาเร็วและความถี่ในการดูนมต่ออาการคัดเต้านมของมารดาหลังคลอดและระดับบิลิรูบินของทารกแรกเกิด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2532.

- นที เกื้อกูลกิจการ. การสอนผู้ป่วยในโรงพยาบาล. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์, 2541.
- นงนุช ต้นทะรา. ความพร้อมและการยอมรับของมารดาในระยะแรกหลังคลอดในการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาที่โรงพยาบาลแมคคอร์มิคจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.
- นุชนาถ สะกะมณี. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความสามารถในการดำรงบทบาทมารดาครั้งแรกของมารดาหลังคลอด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2541.
- นวลอนงค์ บุญฤทธิ์พงศ์. ผลของการให้คำแนะนำร่วมกับการใช้หนังสือการ์ตูน เรื่อง “การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา” ต่อความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติในการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาของมารดาวัยรุ่นที่คลอดบุตรคนแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2530.
- ปฐมพร เดียวทิพย์สุคนธ์, ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, วัฒนา ศรีพจนารถ และ ทศนีย์ นะแส. ความต้องการการพยาบาล การพยาบาลที่ได้รับและความพึงพอใจในการพยาบาลที่ได้รับของมารดาหลังผ่าตัดคลอด และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการพยาบาล. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 16,4 (ตุลาคม-ธันวาคม 2539): 37-47.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. พฤติกรรมสุขภาพ. ในเอกสารการสอนชุดวิชาการศึกษาศาสตร์ หน่วยที่ 1-7 สาขาวิชาคหกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยนครราชสีมา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สัมพันธ์พาณิชย์, 2527.
- ปราณี พงศ์ไพบุลย์. การพยาบาลระยะหลังคลอด. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี, 2546.
- พัชรา สุนทรารชุน. ความเครียดและพฤติกรรมการดูแลบุตรวัยขวบปีแรกของมารดาติดเชื้อเอชไอวี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล. 2541.
- วาสนา ชาวนา. สื่อการเรียนการสอน. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พริ้นติ้ง เฮาส์, 2533.
- ศรีนิษฐ มังกะมณี. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นคนแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2547.
- ศิริพัฒนา ศิริชนารัตนกุล. เมื่อแม่ต้องทำงาน. ใน สำนักรัตนโกสินทร์, วีระพงศ์ ฉัตรานนท์, และ ศิริภรณ์ สวัสดิ์วร (บรรณาธิการ), เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้..สู่การปฏิบัติ, หน้า 188-194. กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพฯเวชสาร, 2546.

ศรีนวล โอสเสถียร. **มารดาหลังคลอด ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและแผนการพยาบาล.**

พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

สกล มนุสุข. **ระยะหลังคลอด.** ใน สุขเมธ พิรุณ (บรรณาธิการ), **สูติศาสตร์**, 305-318.

กรุงเทพมหานคร: ลิขณาเดอ์การพิมพ์, 2546.

สมจิต. **การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ. พรินติ้ง, 2537.

สมทรง คำฝ่าย. **ผลของการเตรียมมารดาต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลทารกคลอดก่อนกำหนด และพฤติกรรมการดูแลทารก.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์, สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.

สมพร โชติวิทยาคาร. **ผลของโปรแกรมพัฒนาการรับรู้สมรรถนะของมารดาในการดูแลบุตรโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์, สาขาวิชาเอกพยาบาล สาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.

สมพล พงศ์ไทย. **การบริหารหลังคลอด.** ใน กำแหง จารุจินดา, สมพล พงศ์ไทย, สมศักดิ์ ตั้งตระกูล, สมาน ภิรมย์สวัสดิ์, สุวชัย อินทรประเสริฐ, และ อร่าม โรจนสกุล (บรรณาธิการ), **สูติศาสตร์รามธิบดี**, 387-395. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์, 2531.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม.** กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.

สุทัศน์ กลกิจ โกวินท์. **การผ่าท้องคลอด.** ใน สุขจิต เผ่าสวัสดิ์, สุภวัฒน์ ชูติวงศ์, ดำรง เจริญประยูร, และ สุทัศน์ กลกิจ โกวินท์ (บรรณาธิการ), **สูติศาสตร์**, 325-337. กรุงเทพมหานคร: โอ. เอส. พรินติ้ง เฮ้าส์, 2538.

สุนิดา ชูแสง. **ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถการเป็นมารดาต่อการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่การเป็นมารดาของหญิงตั้งครรภ์รายแรก.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.

สุหรี หน่งอาหลี. **ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดาวัยรุ่นหลังคลอดครั้งแรก.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2547.

## ภาษาอังกฤษ

- Applebaum, R.M. The modern management of successful breast feeding. **Pediatric Clinics of North America** 17 (1970): 203-225.
- Applebaum, R.M. The obstetrician's approach to the breast feeding. **The Journal of Reproductive Medicine** 14 (1975): 98-116.
- Bandura, A. **Self-efficacy: The exercise of control social**. New York: W.H. Freeman and compan, 1997.
- Bandura, A. **Social foundation of thought and action: A social cognitive theory**. New York: Appleton and Lange, 1986.
- Bandura, A. **Social learning theory**. New Jersey: Englewood Cliffs, 1977.
- Bjerre, J., and Ekelund, H. Breast feeding and postpartum care. **Pediatrics** 206 (1970): 125-126.
- Blaikley, J., Clarke, S., MacKeith, R., and Ogden, K. Breastfeeding: Factors affecting success. **Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire** 60 (1953): 657.
- Bobak, I., and Jensen, M.D. **Maternity and gynecologic care**. St. Louis: C.V. Mosby, 1985.
- Brook, O., Gurlnik, L., Keidar, Z., Gaitini, D.E., and Engel, A. Pitfalls of the lactating breast on computed tomography. **Journal of Computer Assisted Tomography** 28(5) (September-october 2004): 647-649.
- Broussard, E.R., Hartner, S., and Miram, S.S. Maternal perception of the neonate as related to development. **Child Psychiatry Human Development** 1,2 (1970): 23.
- Burns, N., and Grove, K.S. **The practice of nursing research**. 4<sup>th</sup> ed. St. Louis: W.B. Saunders, 2001.
- Cerutti, E., The management of breastfeeding. **Birth and the Family Journal** 8 (1981): 251-256.
- Cohen, S.M., Kenner, C.A., and Hollingsworth, A.O. **Maternal neonatal and woman health nursing**. Pennsylvania: Spring house, 1991.
- Cooke, M., Sheehan, A., and Schmied, V. A description of the relationship between breastfeeding experiences, breastfeeding satisfaction, and weaning in the first 3 months after birth. **Journal Human Lactation** 19(2) (2003): 145-156.
- Csar, N. **Breast engorgement: What is the incidence and pattern?**. Master's thesis, University of Illinois Chicago. 1991.

- Daly, S.E.J., and Hartmann, P.E. Infant demand and milk supply. Part 2: The short-term control of milk synthesis in lactating women. **Journal Human Lactation** 11 (1995): 27-37.
- Davis, L. Instrument review: Getting the most from your panel of experts. **Applied Nursing Research** 5 (1992): 104-107.
- DeChateau, P., Homberg, H., Jakobsson, K., and Winberg, J. A study of factors promoting and inhibiting lactation. **Developmental Medicine and Child Neurology** 19 (1977): 575-584.
- Dickason, E.J., Silverman, B.L., and Kaplan, J.A. **Maternal-infant nursing care**. 3<sup>rd</sup> ed. St. Louis: Mosby-Year Book, 1998.
- Evans, K., Evans, R., Simmer, K. Effect of method of breast feeding on breast engorgement, mastitis and infantile colic. **Pediatrics** 84(8) (August 1995): 849-852.
- Froman, R.D., and Owen, S.D. Mothers' and nurses perception of infant care skill. **Research in Nursing and Health** 13 (1990): 247-253.
- Francine, H., and Nichols, E.Z. **Maternal-newborn nursing: Theory and practice**. United States of America: W.B. Saunders, 1997.
- Fuch, A.R. Endocrinology of lactation. In F. Fritz; and K. Arnold (eds), **Endocrinology of pregnancy**, pp. 279-280. Philadelphia: Harper and Row, 1983.
- Gartner, L.W.; Morton, J., Lawrence, R.A., Naylor, A.J., O' Hare, D., Schanler, R.J., and Eidelman, A.I. Breastfeeding and the use of human milk. **Pediatrics** 115(2) (February 2005): 496-506.
- Goldfarb, J. and Tibbetts, E. **Breastfeeding handbook: A practical reference for physicians nurse and other health professionals**. Hillside New Jersey: Enslow, 1980.
- Gorrie, T.M., Mckinney, E.S., and Sharon, S.M. **Foundation of maternal newborn nursing**. Philadelphia: W.B.Saunders, 1994.
- Gunther, M. **Infant feeding**. Chicago: Henry Regnery, 1970.
- Haun, N. Supporting the breastfeeding mother. **The Canadian Nurse** 81 (1985): 41-42.
- Hawkins, J.W., and Gorvine, B. **Postpartum nursing**. New York: Springer, 1985.
- Helsing, E., and Savage King, F. **Breast-feeding in practice: A manual for health workers**. Toronto: Oxford University Press, 1982.
- Hill PD, Humenick SS. The occurrence of breast engorgement. **Journal Human Lactation**. 10(2) (1994): 79-86.

- Holloway, A., and Watson, H.E. Role of self-efficacy and behaviors change. **Internation Journal of Nursing Practice** 8 (2002): 106-115.
- Holmes, J., and Magiera L. **Maternity nursing**. New York: Macmillan, 1987.
- Howie, P., McNeilly, A., McArdle, T., Smart, L., and Houston, M. The relationship between suckling-induced prolactin response and lactogenesis. **Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism** 50 (1980): 670-673.
- Illingworth, R.S. and Stone, D.G.H. Self-demand feeding in a maternity unit. **The Lancet** 262 (1952): 683-687.
- Ingalls, A.J., and Salerno, M.C. **Maternal and child health nursing**. 6<sup>th</sup> ed. St. Louis: C.V. Mosby, 1987.
- Lacerva, V. **Breastfeeding: A manual of health professionals**. New York: Medical Examination, 1981.
- Lauwers, J., Shinskie, D., and Breck, S. **Counseling the nursing mother: A lactation consultant's guide**. 3<sup>rd</sup> ed. London: Jones and Bartlett, 2000.
- Lawrance, L., and Levy, S.R., and Rubinson. Self-efficacy and AIDS prevention for pregnant teen. **Journal of Scholl Health** 60 (1990): 19-24.
- Lawrance, L., and Mcleroy, K.R. Self-efficacy and health education. **Journal of Scholl Health** 56 (1986): 317-327.
- Lawrence, R. **Breast feeding: A guide for the medical profession**. St. Louis: C.V. Mosby, 1980.
- Linzell, J.L. Mammary blood flow and methods of identifying and measuring precursors of milk. In B.L. Larson, and V.R. Smith (eds.), **Lactation: A comprehensive treatise**, pp. 143-226. New York: Academic Press, 1974.
- Lipetz, M., Bussigel, M., Bannerman, J., and Risley, B. What is wrong patient education program?. **Nursing Outlook** 38 (1990): 184-189.
- Llewellyn-Jones, D. **Breast feeding-How to succeed**. London: Faber and Faber, 1983.
- Mann, P.S. **Introductory statistics**. 4<sup>th</sup> ed. New York: John Wiley and Sons, 2001.
- Meserve, Y. Management of postpartum breast engorgement in nonbreastfeeding women by mechanical extraction of milk. **Journal of Nurse-Midwifery** 27(3) (May-June 1982): 3-8.



- McBryde, A. Compulsory rooming-in on the ward and private newborn service at Duke Hospital. **Journal of Advanced Nursing** 145 (1951): 625-628.
- McLachlan, Z., Milne, E.J., Lumley, J., and Walker, B.L. Ultrasound treatment for breast engorgement: A randomized double-blind trial. **Breastfeeding Review** (May 1993): 316-321.
- McNeilly, A.S. Physiology of lactation. **Journal of Biosocial Science** 4 (1977): 5-21.
- Moon, J.L.; Humenick, S.S. Breast engorgement contributing variables and variables amenable to nursing intervention. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing** 18 (1989): 309-315
- Moore, M.L. Using self efficacy in teaching self care to the elderly. **Holistic Nursing Practices** 4 (1990): 22-28.
- Morgan, P., Cabezas. M., **The effect of relaxation/imagery on milk production of the mother of a preterm infant.** Master's Thesis, MGH Institute of Health Professions. 1990.
- Myles, M. **Textbook for midwives.** Edinburgh: Churchill Livingstone, 1981.
- Newton, M., Newton, N R. Postpartum engorgement of the breast. **American Journal of Obstetrics and Gynecology** 61,3 (March 1951): 664-667.
- Neifert, M. Infant problems in breast-feeding. In M. Neville; and M. Neifert (eds), **Lactation; Physiology, nutrition, and breastfeeding**, pp. 304-332. New York: Plenum Press, 1983.
- Neifert, M.R., Seacat, J.M., Jobe, W.E. Lactation failure due to insufficient glandular development of the breast. **Pediatrics** 76 (1985): 823-828.
- Neville, M. Regulation of mammary development and lactation. In M. Neville; and M. Neifert (eds), **Lactation: Physiology nutrition and breast-feeding**, pp. 103-140. New York: Plenum Press, 1983.
- Neville, M., and Berga, S. Cellular and molecular aspects of hormonal control. In M. Neville; And M. Neifert (eds), **Lactation: Physiology nutrition and breast-feeding**, pp. 141-177. New York: Plenum Press, 1983.
- Neville, M. and Neifert, M. **Lactation: Physiology nutrition and breast-feeding.** New York: Plenum Press, 1983.

- Nichols, F.H., and Humenick, S.S. **Childbirth education: Practice research and theory.** Philadelphia: W.B. Saunders, 1988.
- Nikodem, V.C., Danziger, D., Gebka, N., Gulmezoglu, A.M., and Hofmeyr, G.J. Do cabbage leaves prevent breast engorgement? A randomized, controlled study. **Birth** 20,2 (1993): 61-64.
- Olmstead, R.W., and Jackson, E.B. Self-demand feeding in the first week of life. **Pediatrics** 6 (1950): 396-401.
- Orem, D.E. **Nursing concept of practice.** 5<sup>th</sup> ed. St. Louise: Mosby Year Book, 1995.
- Pender, N. J., and Pender, A.R. **Health promotion in nursing practices.** 2<sup>nd</sup> ed. Norwalk: C.T. Appleton and Lange, 1987.
- Pillitteri, A. **Maternal-newborn nursing.** 4<sup>th</sup> ed. Boston: Little and Brown, 1985.
- Pillitteri, A. **Maternal and child health nursing.** Philadelphia: Lippincott, 1992.
- Polit, D. F.; and Hunger, B.P. **Nursing research: Principles and methods,** 5<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott, 1995.
- Polit, D. F.; and Hunger, B.P. **Nursing research: Principles and methods,** 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott, 1999.
- Polit, D. F.; and Beck, C. **Nursing research principles and methods,** 7<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott William and Wilkins, 2004.
- Pritchard, J., MacDonald, P. and Gant, N. **William's Obstetrics.** Norwalk: Appleton-Century-Crofts, 1985.
- Raphael, D. The midwife as doula: A guide to mothering the mother. **Journal of Nurse-Midwifery** 26 (1981): 13-15.
- Reeder, S.J., and Martin, L.L. **Maternity Nursing: Family, newborn, and woman's health care.** 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1987.
- Reynolds, M. Disorders of lactation and the mammary gland. In N. Assali (ed.), **Pathophysiology of gestation vol. 1 maternal disorders,** pp. 523-564. New York: Academic Press, 1972.
- Riedel, L.J. **Breast engorgement: Subjective and objective measurements and patterns of occurrence in primiparous mothers.** Master's thesis, Department of Nursing University of Wyoming, Laramie, Wyoming. 1991.
- Riordan, J. **A practical guide to breastfeeding.** St. Louis: C.V.Mosby, 1985.

- Robson, B.A. **Breast engorgement in breastfeeding Mothers.** Doctoral dissertation, School of Nursing Case Western Reserve University. 1990.
- Rojjanasrirat, W. **The effects of a nursing intervention on breastfeeding duration among primiparous mothers planning to return to work.** Doctoral dissertation, School of Nursing University of Kansas. 2000.
- Sandberg, C.A. **Cold therapy for breast engorgement in new mothers who are breastfeeding.** Master's Thesis, College of saint Catherine. 1998.
- Schneider, H.P., and Raber, G. Breast feeding lactation disorder and inflammatory diseases of the female breast. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing** 50,5 (1993): 280-285.
- Schunk, D.S., and Carbonari, J.P. Self-efficacy model. In J.D. Matarcezzo (ed.), **Behavioral health a handbook of health enhancement and disease prevention**, pp. 230-247. New York: A Weiley-Interscience, 1984.
- Sereno, C.J.; and Navarrete, H.MT. Inhibition of lactation with lisuride. Clinical evaluation. **Gynecology Obstetric** 62 (January 1994): 31-34.
- Sloper, K., Elsdon, E., and Baum, J.D. Increasing breast feeding in a community. **Archives of Disease in Childhood** 50 (1977): 165-170.
- Smith, M.K. New perspectives on engorgement. **LEAVEN** 35(6) (December 2000): 134-136.
- Snowden, H.M., Renfrew, M.J. Woolridge, M.W. **Treatments for breast engorgement during lactation** [Cochrane Database of Reviews]. 2003. Oxford: Update Software [July 2004]
- Tyson, J., Friesen, H., and Anderson, M. Human lactational and ovarian response to endogenous prolactin release. **Science** 177 (1972): 897-899.
- Varney, H. **Nurse-Midwifery.** Boston: Blackwell Scientific, 1980.
- Vorherr, H. **The breast: Morphology physiology and lactation.** New York: Academic Press, 1974.
- Vorherr, H. Human lactation and breast feeding. In B. Larson (ed.), **Lactation**, pp. 182-280. New York: Academic Press, 1978.
- Waller, H.K., and Camb, M.B. A reflex governing the outflow of milk from the breast. **Lancet** 244 (1943): 69-72.
- Walker M. Breastfeeding and Engorgement. **Breastfeeding Abstracts** 20,2 (November 2000): 11-12.

- Walker M. Breastfeeding. In Francine, H.N.; and Elaine Z.N., **Maternal-newborn nursing: theory and practice**, 1206. The United States of America: W.B. Saunders, 1997.
- Walker, M. How to evaluate breast pumps. **Breastfeeding Abstracts** 12 (July-August 1987): 270-276.
- West, C.P., and McNeilly, A.S. Hormonal profiles in lactating and non-lactating women immediately after delivery and their relationship to breast engorgement. **British Journal of Obstetrics and Gynaecology** 86 (1979): 501-506.
- Whitley, N. Preparation for breastfeeding. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing** 7,3 (1978): 44-48.
- World Health Organization. **Mastitis: Causes and management**. Department of Child and Adolescent and health and development. (2000)
- Wood, C.B.S. and Walker-Smith, J.A. **Mackeith' infant feeding and feeding difficulties**. New York: Churchill Livingstone, 1981.
- YoKoyama, Y., Ueda, T., Irahara, M., and Aono, T. Releases of oxytocin and prolactin during breast massage and sucking in puerperal women. **European Journal of Obstetrica and Gynecology and Reproductive Biology** 53,1 (January 1994): 17-20.
- Ziegel, and Cranley, M.S. **Obstetric nursing**. 8<sup>th</sup> ed. New York: Macmillan, 1984.
- Ziemer, MM., and Pigeon, JG. Skin Change and pain in the nipple during the first week of lactation. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing** 22 (1993): 247-256.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| 1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมพิศ ไยสุน | อาจารย์พยาบาล ภาควิชาพยาบาล<br>สูตินรีเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาล<br>สภากาชาดไทย |
| 2. อาจารย์ อรนุช เซาว์ปรีชา           | อาจารย์พยาบาล ภาควิชาพยาบาล<br>สูตินรีเวชศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาล<br>สภากาชาดไทย |
| 3. พันตำรวจโทหญิง อภัยร ตรีเทวี       | หัวหน้าห้องตรวจสูตินรีเวชกรรม<br>โรงพยาบาลตำรวจ                               |
| 4. พันตำรวจโทหญิง ไชยญาติ พรประชาธรรม | พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานพยาบาล<br>หอผู้ป่วยทารกแรกเกิด<br>โรงพยาบาลตำรวจ        |
| 5. นางพิสุทธิ ปทุมมาสูตร              | พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7<br>โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์                         |
| 6. พันเอก ศักดา ประจุกสิลา            | ผู้ทรงคุณวุฒิ (สาขาเวชนิติศาสตร์)<br>ทบวงมหาวิทยาลัย                          |

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข  
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตัวอย่างรายชื่อ.....

วันที่เก็บข้อมูล.....

## แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร

คำชี้แจง แบบสอบถามนี้ต้องการทราบข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม โปรดเติมข้อความลงในช่องว่าง และทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง

1. อายุ.....ปี.....เดือน
2. จบการศึกษาในระดับ
 

<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย
<input type="checkbox"/> ปวช.	<input type="checkbox"/> ปวส.	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....		
3. ปัจจุบันประกอบอาชีพ
 

<input type="checkbox"/> แม่บ้าน	<input type="checkbox"/> ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว
<input type="checkbox"/> รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม
<input type="checkbox"/> รับจ้าง ระบุ.....	<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....
4. รายได้ของครอบครัว.....บาท/เดือน
5. ความเพียงพอของรายได้
 

<input type="checkbox"/> รายได้เพียงพอเหลือเก็บ	<input type="checkbox"/> รายได้เพียงพอกับรายจ่าย
<input type="checkbox"/> รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	<input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้
6. สถานภาพสมรส
 

<input type="checkbox"/> อยู่ด้วยกันกับสามี
<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่กับสามี (หม้าย หรือหย่าร้าง)
<input type="checkbox"/> อื่นๆ
7. ท่านมีความต้องการในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ใช่หรือไม่
 

<input type="checkbox"/> ใช่	<input type="checkbox"/> ไม่ใช่
------------------------------	---------------------------------
8. ขนาดของเต้านม  
..... (ผู้วิจัยวัดและบันทึก)

### แบบประเมินอาการและอาการแสดงของการคัดตึงเต้านม

คำชี้แจง อธิบายลักษณะของเต้านมของท่านภายหลังจากให้ทารกดูดนมมารดาแล้วนาน ครึ่งชั่วโมง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบและกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ขอให้ท่านตอบเพียงคำตอบเดียว แต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกดังนี้

ไม่เป็นจริงเลย	หมายถึง	ข้อความนั้นไม่ตรงกับลักษณะของเต้านม หรือความรู้สึกของท่านเลย
เป็นจริงเล็กน้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับลักษณะของเต้านม หรือความรู้สึกของท่านเพียงส่วนน้อย
เป็นจริงมาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับลักษณะของเต้านม หรือความรู้สึกของท่านมาก
เป็นจริงมากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับลักษณะของเต้านม หรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เป็นจริงมากที่สุด	เป็นจริงมาก	เป็นจริงเล็กน้อย	ไม่เป็นจริงเลย
1. ท่านรู้สึกปวดเต้านม				
2. ลักษณะเต้านมของท่านแข็งเหมือนกระดาน				
3. ผิวหนังบริเวณเต้านมของท่านขยายออกมากจนรัดตึง				
4. ผิวหนังบริเวณเต้านมใสตั้งเป็นมัน				
5. สีผิวบริเวณเต้านมของท่านเป็นสีแดง				
6. เมื่อสัมผัสเต้านมของท่านรู้สึกว่ามีผิวหนังบริเวณนั้นอุ่นมากหรือร้อน				
7. ท่านมองเห็นเส้นเลือดดำบริเวณเต้านมชัดเจน				
8. ท่านคลำได้ก้อนแข็งบริเวณต่อมน้ำเหลืองที่รักแร้				
9. ในมือนมที่ผ่านมา ลักษณะหัวนมของท่านแบน ไม่ตั้งชัน				
10. ในมือนมที่ผ่านมา ทารกอมหัวนมของท่านได้ยากลำบาก				

### แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการคัดติงของเต้านม

คำชี้แจง แบบวัดชุดนี้เป็นข้อความบรรยายถึงความมั่นใจของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร เพื่อต้องการทราบถึงความสามารถของท่านในการป้องกันการคัดติงเต้านม โปรดอ่านข้อความแต่ละข้ออย่างรอบคอบ และกรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด ในแต่ละข้อของแบบสอบถามขอให้ท่านตอบเพียงคำตอบเดียว ไม่มีคำตอบใดถูกหรือผิด ซึ่งแต่ละข้อมีข้อคำตอบให้เลือกดังนี้คือ

ไม่มั่นใจเลย	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่า ข้อความนั้นท่านไม่มีความมั่นใจเลยที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรม
มั่นใจน้อย	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่า ข้อความนั้นท่านมีความมั่นใจน้อยที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรม
มั่นใจมาก	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่า ข้อความนั้นท่านมีความมั่นใจมากที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรม
มั่นใจมากที่สุด	หมายถึง	เมื่อผู้ตอบเห็นว่า ข้อความนั้นท่านมีความมั่นใจมากที่สุดที่จะสามารถปฏิบัติกิจกรรม

กิจกรรม	ไม่มั่นใจเลย	มั่นใจน้อย	มั่นใจมาก	มั่นใจมากที่สุด
1. ประเมินอาการคัดติงเต้านมได้				
2. ประคบร้อนบริเวณเต้านมได้				
3. สามารถนวดเต้านมได้				
4. อุ้มทารกดูคนแม่ในท่าต่างๆได้				
5. ให้ทารกดูคนแม่ทุก 3 ชั่วโมงได้				
6. ให้ทารกดูคนแม่โดยให้หอมหัวนมลึกถึงลานนมได้				
7. บีบน้ำนมแม่ออกจากเต้านมได้				
8. จัดเก็บน้ำนมแม่ที่บีบออกจากเต้านมได้				



ภาคผนวก ก  
ตัวอย่างเครื่องมือวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ตัวอย่าง

แผนการสอน เรื่อง การตัดtingเต้านมและการป้องกันการตัดtingเต้านม  
ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นิตินิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แผนการสอน

เรื่อง	การคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร
ผู้สอน	นางสาวจิตราวรรณ คนเที่ยง
ผู้เรียน	มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร 12 ชั่วโมง
เวลาสอน	30 นาที
สถานที่	แผนกหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
วัตถุประสงค์	เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอน มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรสามารถ 1. อธิบายความหมายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร การเปลี่ยนแปลงของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ส่งผลต่อการคัดตั้งเต้านม ความหมายของการคัดตั้งเต้านม อาการและอาการแสดง สาเหตุ ระยะเวลาที่พบอาการ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคัดตั้งเต้านม และการประเมินลักษณะของการเริ่มการคัดตั้งเต้านมได้ถูกต้อง

วัตถุประสงค์	เนื้อหา	กิจกรรมการสอน	สื่อการสอน	เวลา	ประเมินผล
<p>1. มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรสามารถอธิบายถึง ความหมายของ</p>	<p><b>บทนำ</b></p> <p>มารดาหลังคลอดบุตรจะเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายหลายระบบเพื่อให้ร่างกายเปลี่ยนแปลงเข้าสู่ภาวะปกติเหมือนตอนไม่ตั้งครรภ์ และมีการเปลี่ยนแปลงที่ก้าวหน้าขึ้นคือ มีการสร้างน้ำนมให้เป็นอาหารแก่ทารก ในระยะหลังคลอดเต้านมจะสร้างน้ำนมและระบายน้ำนมออกมา หากเกิดความไม่สมดุลของกระบวนการนี้โดยมีการสร้างน้ำนมมากกว่าระบายน้ำนม จะส่งผลให้เกิดการคัดตึงเต้านม มารดาที่คลอดบุตรด้วยการผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้อง มีโอกาสเกิดความไม่สมดุลของการสร้างและการระบายน้ำนมในเต้านมได้สูง เนื่องจากสภาพร่างกายหลังการผ่าตัด ต้องใช้เวลาในการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้กลับสู่สภาพปกติ ทำให้เกิดการล่าช้าในการส่งเสริมการไหลของน้ำนมและการระบายน้ำนม หากมารดามารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรมีความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดตึงเต้านม ก็จะทำให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรสามารถป้องกันการเกิดอาการคัดตึงเต้านมได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม</p> <p><b>เนื้อเรื่อง</b></p> <p><b>ความหมายของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร</b></p> <p>หมายถึง หญิงหลังคลอดที่คลอดบุตรด้วยวิธีการผ่าตัดทางหน้าท้อง มีรอยแผลผ่าตัดที่ผนังหน้าท้องและผนังมดลูก</p>	<p>-ผู้วิจัยสร้าง สัมพันธภาพกับ มารดาหลังผ่าตัด คลอด</p>	<p>-ภาพพลิก ประกอบการ สอนเรื่องการ คัดตึงเต้านม</p>	<p>30 นาที</p>	<p>-สังเกตความ สนใจของมารดา หลังผ่าตัดคลอด บุตรและการมี</p>

## ตัวอย่าง

ภาพพลิก เรื่อง การคัดตั้งตำแหน่งและการป้องกันการคัดตั้งตำแหน่ง  
ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นิตินิตยสารพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาพพลิกประกอบการสอนเรื่องการคัดตั้งเต้านม  
และการป้องกันการคัดตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร



## ตัวอย่าง

คู่มือการคัดตั้งเต้านมและการป้องกันการคัดตั้งเต้านม  
ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร



โดย

นางสาวจิตรารวรรณ คนเที่ยง

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นิตินิตยสารพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**คำนำ**

การคัดดึงเต้านม เป็นภาวะที่เกิดขึ้นได้ในระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตร ซึ่งหากเกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ จึงควรป้องกันการเกิดการคัดดึงเต้านมตั้งแต่วะแรกหลังคลอด ทั้งจากเจ้าหน้าที่และมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรเอง

ดังนั้น คู่มือการให้ความรู้เรื่องการคัดดึงเต้านมและการป้องกันการคัดดึงเต้านมในระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตรฉบับนี้ ได้จัดทำขึ้นเพื่อให้ความรู้แก่มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตนเองในการป้องกันการคัดดึงเต้านม และสามารถปฏิบัติการป้องกันการคัดดึงเต้านมได้อย่างถูกต้อง

จิตราวรรณ คนเที่ยง  
ผู้จัดทำ

# ใส่ คู่มือ

การให้ความรู้เรื่องการคัดดึงเต้านม และการป้องกันการคัดดึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร



จัดทำโดย

นางสาวจิตราวรรณ คนเที่ยง  
นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต  
คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**  
(Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ผลของการใช้โปรแกรมป้องกันการคัดดึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวจิตราวรรณ คนเที่ยง นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน หน่วยทารกแรกเกิด ตึกคึกคักชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์  
โทรศัพท์ที่ทำงาน 02-2564000 ต่อ 3017                      โทรศัพท์ที่บ้าน 02-2564226 ต่อ 722  
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 04-0906367
4. ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้
  - 4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการจัดกิจกรรมป้องกันการคัดดึงเต้านมในมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร
  - 4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย
    - 1) เพื่อเปรียบเทียบอาการและอาการแสดงของการคัดดึงเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ได้รับโปรแกรมป้องกันการคัดดึงเต้านมกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่ได้รับการดูแลตามปกติ
  - 4.3 กลุ่มตัวอย่างคือ มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทางหน้าท้องครรภ์แรกที่ได้รับไว้ที่หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
  - 4.4 เป็นการวิจัยที่มีการจัดกิจกรรมที่ผู้วิจัยคาดว่าความไม่สะดวกเพียงเล็กน้อยที่จะเกิดกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่เข้าร่วมการวิจัย คือการใช้เวลาในการเข้าร่วมกิจกรรม 4 ครั้ง คือ ระยะเวลาหลังผ่าตัดคลอดบุตร 3 วันแรก ครั้งละประมาณ 30-45 นาที และตอบแบบสอบถาม แบบประเมินแบบวัด และแบบบันทึกจำนวน 4 ชุด คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการและอาการแสดงของการคัดดึงเต้านม แบบวัดการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการคัดดึงเต้านม แบบบันทึกพฤติกรรมป้องกันการคัดดึงเต้านม ข้อมูลเกี่ยวกับมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรจะถูกออกเป็น รหัส ผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร
5. รายละเอียดและขั้นตอนที่มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรจะได้รับการปฏิบัติในงานวิจัยนั้น
 

ผู้วิจัยจะจัดกลุ่มมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรออกเป็น 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรได้รับการดูแลตามปกติตามกิจกรรมที่โรงพยาบาลได้จัดให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่พักรักษาตัวที่แผนกหลังคลอด หอผู้ป่วยสูติ-นรีเวชกรรม ประกอบด้วย การให้ความรู้ และคำแนะนำเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรจากพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกทารกแรกเกิด โดยการสอนเป็นรายบุคคล 1 ครั้ง คือ ระยะเวลาหลังผ่าตัดคลอดบุตร 48 ชั่วโมง เรื่อง

เกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรด้วยนมแม่ สำหรับระยะเวลาที่คาดว่ามารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรจะมีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ครั้งแรก เมื่อมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และครั้งที่ 2 เมื่อถึงวันที่ 5 (120 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) โดยใช้เวลาตอบแบบสอบถาม และแบบประเมินไม่เกิน 15 นาที

กลุ่มที่ 2 มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรจะได้รับกิจกรรมการป้องกันการคัดเต้านม เพื่อป้องกันการมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรไม่ให้เกิดการคัดเต้านมโดยจัดกิจกรรมเป็นรายบุคคลทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งละประมาณ 30-45 นาที โดยเป็นการสอนรายบุคคล ซึ่งครั้งที่ 1 คือระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตร 12 ชั่วโมง เรื่อง การคัดเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตร ครั้งที่ 2 คือระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตร 24 ชั่วโมง เรื่อง การส่งเสริมการไหลของน้ำนมออกจากเต้านม ครั้งที่ 3 คือ ระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตร 48 ชั่วโมง เรื่อง การนำน้ำนมที่เหลือค้างออกจากเต้านม ครั้งที่ 4 คือ ระยะหลังผ่าตัดคลอดบุตร 72 ชั่วโมง เป็นการทบทวนทุกเรื่องในสถานการณ์จริง และเมื่อถึงวันที่ 4 หลังผ่าตัดคลอดบุตร (96 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) ตอบแบบวัดการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการคัดเต้านม และวันที่ 5 หลังผ่าตัดคลอดบุตร (120 ชั่วโมงหลังผ่าตัดคลอดบุตร) ตอบแบบประเมินอาการและอาการแสดงของการคัดเต้านม ใช้เวลาไม่เกิน 15 นาที

6. การติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือนางสาวจิตราวรรณ คนเที่ยง ได้ตลอดเวลาที่เบอร์โทรศัพท์มือถือ 04-0906367

7. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษเกี่ยวกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรทราบอย่างรวดเร็ว

8. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่มารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรที่เข้าร่วมในการวิจัย

9. จำนวนมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ 40 คน

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย





**ภาคผนวก จ**  
**รายละเอียดการวิเคราะห์ข้อมูล**

**สถาบันวิทยบริการ**  
**จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**



ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการกัดตั้งเต้านม  
ของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของคะแนนการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการกัด  
ตั้งเต้านมของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มทดลองและจำแนกเป็นรายชื่อ

คะแนนการรับรู้ความสามารถ ในการป้องกันการกัดตั้งเต้านม	กลุ่มทดลอง	
	$\bar{X}$	S.D.
1. ประเมินอาการกัดตั้งเต้านมได้	3.60	0.50
2. ประคบร้อนบริเวณเต้านมได้	3.80	0.41
3. สามารถนวดเต้านมได้	3.65	0.49
4. อุ้มทารกดูคนแม่ในท่าต่างๆได้	3.70	0.47
5. ให้ทารกดูคนแม่ทุก 3 ชั่วโมงได้	3.75	0.44
6. ให้ทารกดูคนแม่โดยให้อ้อมหัวนม ลึกถึงลานนมได้	3.70	0.47
7. บีบน้ำนมแม่ออกจากเต้านมได้	3.25	0.44
8. จัดเก็บน้ำนมแม่ที่บีบออกจากเต้านมได้	3.50	0.51
รวม	28.95	1.76

สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คะแนนอาการและอาการแสดงของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จำแนกตามการจับคู่

ตารางที่ 5 อาการและอาการแสดงของมารดาหลังผ่าตัดคลอดบุตรกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม จำแนกตามการจับคู่ (Matched pair) ของกลุ่มตัวอย่างในด้านขนาดของเต้านม

คู่ที่	การจับคู่ (Matched pair)	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
	ขนาดเต้านม	ขนาดเต้านม
1.	34.4 เซนติเมตร	34.5 เซนติเมตร
2.	37.3 เซนติเมตร	37.2 เซนติเมตร
3.	36.0 เซนติเมตร	36.2 เซนติเมตร
4.	39.2 เซนติเมตร	39.3 เซนติเมตร
5.	36.2 เซนติเมตร	36.2 เซนติเมตร
6.	36.6 เซนติเมตร	36.7 เซนติเมตร
7.	39.5 เซนติเมตร	39.5 เซนติเมตร
8.	36.4 เซนติเมตร	36.3 เซนติเมตร
9.	44.1 เซนติเมตร	44.0 เซนติเมตร
10.	36.5 เซนติเมตร	36.4 เซนติเมตร
11.	36.2 เซนติเมตร	36.3 เซนติเมตร
12.	34.4 เซนติเมตร	34.5 เซนติเมตร
13.	39.4 เซนติเมตร	39.5 เซนติเมตร
14.	36.6 เซนติเมตร	36.7 เซนติเมตร
15.	36.3 เซนติเมตร	36.3 เซนติเมตร
16.	34.8 เซนติเมตร	34.6 เซนติเมตร
17.	34.5 เซนติเมตร	34.5 เซนติเมตร
18.	36.2 เซนติเมตร	36.2 เซนติเมตร
19.	34.8 เซนติเมตร	34.7 เซนติเมตร
20.	38.0 เซนติเมตร	38.2 เซนติเมตร

ตารางที่ 6 แสดงการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มควบคุม

กิจกรรม Case	ประมาณ 12 ชั่วโมง	ประมาณ 120 ชั่วโมง
1. คลอกด 15 มี.ค. 49 (08.44)	15 มี.ค. 49 (18.00)	19 มี.ค. 49 (09.00)
2. คลอกด 15 มี.ค. 49 (09.12)	15 มี.ค. 49 (18.30)	19 มี.ค. 49 (09.30)
3. คลอกด 15 มี.ค. 49 (09.31)	15 มี.ค. 49 (19.00)	19 มี.ค. 49 (10.00)
4. คลอกด 16 มี.ค. 49 (09.14)	16 มี.ค. 49 (19.00)	20 มี.ค. 49 (09.00)
5. คลอกด 16 มี.ค. 49 (13.48)	17 มี.ค. 49 (08.00)	20 มี.ค. 49 (14.00)
6. คลอกด 16 มี.ค. 49 (14.29)	17 มี.ค. 49 (08.30)	20 มี.ค. 49 (14.30)
7. คลอกด 16 มี.ค. 49 (16.52)	17 มี.ค. 49 (09.00)	20 มี.ค. 49 (17.00)
8. คลอกด 17 มี.ค. 49 (08.46)	17 มี.ค. 49 (18.00)	21 มี.ค. 49 (09.00)
9. คลอกด 17 มี.ค. 49 (09.18)	18 มี.ค. 49 (08.00)	21 มี.ค. 49 (09.30)
10. คลอกด 17 มี.ค. 49 (10.42)	18 มี.ค. 49 (08.30)	21 มี.ค. 49 (11.00)
11. คลอกด 17 มี.ค. 49 (18.38)	18 มี.ค. 49 (09.00)	21 มี.ค. 49 (18.30)
12. คลอกด 17 มี.ค. 49 (18.54)	18 มี.ค. 49 (10.00)	21 มี.ค. 49 (19.00)
13. คลอกด 18 มี.ค. 49 (08.13)	18 มี.ค. 49 (18.00)	22 มี.ค. 49 (08.00)
14. คลอกด 18 มี.ค. 49 (14.16)	19 มี.ค. 49 (08.00)	22 มี.ค. 49 (14.00)
15. คลอกด 18 มี.ค. 49 (16.47)	19 มี.ค. 49 (08.30)	22 มี.ค. 49 (17.00)
16. คลอกด 18 มี.ค. 49 (17.12)	19 มี.ค. 49 (09.00)	22 มี.ค. 49 (17.30)
17. คลอกด 18 มี.ค. 49 (18.25)	19 มี.ค. 49 (09.30)	22 มี.ค. 49 (18.30)
18. คลอกด 19 มี.ค. 49 (09.23)	19 มี.ค. 49 (19.00)	23 มี.ค. 49 (09.30)
18. คลอกด 19 มี.ค. 49 (11.52)	20 มี.ค. 49 (08.00)	23 มี.ค. 49 (12.00)
20. คลอกด 19 มี.ค. 49 (13.22)	20 มี.ค. 49 (08.30)	23 มี.ค. 49 (13.30)

ตารางที่ 7 แสดงการเก็บรวบรวมข้อมูลของกลุ่มทดลอง

กิจกรรม Case	ประมาณ 12 ชั่วโมง	ประมาณ 24 ชั่วโมง	ประมาณ 48 ชั่วโมง	ประมาณ 72 ชั่วโมง	ประมาณ 96 ชั่วโมง	ประมาณ 120 ชั่วโมง
1. คลอด 19 มี.ค. 49 (14.48)	20 มี.ค.49 (08.00)	20 มี.ค.49 (15.00)	21 มี.ค.49 (15.00)	22 มี.ค.49 (15.00)	23 มี.ค.49 (15.00)	24 มี.ค.49 (15.00)
2. คลอด 19 มี.ค. 49 (15.51)	20 มี.ค.49 (08.30)	20 มี.ค.49 (16.00)	21 มี.ค.49 (16.00)	22 มี.ค.49 (16.00)	23 มี.ค.49 (16.00)	24 มี.ค.49 (16.00)
3. คลอด 19 มี.ค. 49 (17.22)	20 มี.ค.49 (09.00)	20 มี.ค.49 (17.30)	21 มี.ค.49 (17.30)	22 มี.ค.49 (17.30)	23 มี.ค.49 (17.30)	24 มี.ค.49 (17.30)
4. คลอด 20 มี.ค. 49 (05.43)	20 มี.ค.49 (18.00)	21 มี.ค.49 (08.00)	22 มี.ค.49 (08.00)	23 มี.ค. 49 (08.00)	24 มี.ค. 49 (08.00)	25 มี.ค.49 (08.00)
5. คลอด 20 มี.ค. 49 (09.52)	20 มี.ค.49 (19.00)	21 มี.ค.49 (10.00)	22 มี.ค.49 (10.00)	23 มี.ค.49 (10.00)	24 มี.ค.49 (10.00)	25 มี.ค.49 (10.00)
6. คลอด 20 มี.ค. 49 (13.36)	21 มี.ค.49 (08.30)	21 มี.ค.49 (14.00)	22 มี.ค.49 (14.00)	23 มี.ค. 49 (14.00)	24 มี.ค. 49 (14.00)	25 มี.ค.49 (14.00)
7. คลอด 21 มี.ค. 49 (12.56)	22 มี.ค.49 (08.30)	22 มี.ค.49 (13.00)	23 มี.ค.49 (13.00)	24 มี.ค.49 (13.00)	25 มี.ค.49 (13.00)	26 มี.ค.49 (13.00)
8. คลอด 21 มี.ค. 49 (16.49)	22 มี.ค.49 (09.00)	22 มี.ค.49 (17.00)	23 มี.ค.49 (17.00)	24 มี.ค.49 (17.00)	25 มี.ค.49 (17.00)	26 มี.ค.49 (17.00)
9. คลอด 21 มี.ค. 49 (17.59)	22 มี.ค.49 (09.00)	22 มี.ค.49 (18.00)	23 มี.ค.49 (18.00)	24 มี.ค.49 (18.00)	25 มี.ค.49 (18.00)	26 มี.ค.49 (18.00)

กิจกรรม Case	ประมาณ 12 ชั่วโมง	ประมาณ 24 ชั่วโมง	ประมาณ 48 ชั่วโมง	ประมาณ 72 ชั่วโมง	ประมาณ 96 ชั่วโมง	ประมาณ 120 ชั่วโมง
10. คตลอด 22 มี.ค. 49 (14.23)	23 มี.ค.49 (08.30)	23 มี.ค.49 (14.30)	24 มี.ค.49 (14.30)	25 มี.ค.49 (14.30)	26 มี.ค.49 (14.30)	27 มี.ค.49 (14.30)
11. คตลอด 22 มี.ค. 49 (14.57)	23 มี.ค.49 (09.00)	23 มี.ค.49 (15.00)	24 มี.ค.49 (15.00)	25 มี.ค.49 (15.00)	26 มี.ค.49 (15.00)	27 มี.ค.49 (15.00)
12. คตลอด 22 มี.ค. 49 (15.49)	23 มี.ค.49 (10.30)	23 มี.ค.49 (16.00)	24 มี.ค.49 (16.00)	25 มี.ค.49 (16.00)	26 มี.ค.49 (16.00)	27 มี.ค.49 (16.00)
13. คตลอด 22 มี.ค. 49 (17.11)	23 มี.ค.49 (09.30)	23 มี.ค.49 (17.30)	24 มี.ค.49 (17.30)	25 มี.ค.49 (17.30)	26 มี.ค.49 (17.30)	27 มี.ค.49 (17.30)
14. คตลอด 23 มี.ค. 49 (08.42)	23 มี.ค.49 (18.30)	24 มี.ค.49 (09.00)	25 มี.ค.49 (09.00)	26 มี.ค.49 (09.00)	27 มี.ค.49 (09.00)	28 มี.ค.49 (09.00)
15. คตลอด 23 มี.ค. 49 (16.25)	24 มี.ค.49 (08.30)	24 มี.ค.49 (16.30)	25 มี.ค.49 (16.30)	26 มี.ค.49 (16.30)	27 มี.ค.49 (16.30)	28 มี.ค.49 (16.30)
16. คตลอด 24 มี.ค. 49 (09.45)	24 มี.ค.49 (19.00)	25 มี.ค.49 (10.00)	26 มี.ค.49 (10.00)	27 มี.ค. 49 (10.00)	28 มี.ค. 49 (10.00)	29 มี.ค.49 (10.00)
17. คตลอด 24 มี.ค. 49 (13.11)	25 มี.ค.49 (08.00)	25 มี.ค.49 (13.00)	26 มี.ค.49 (13.00)	27 มี.ค.49 (13.00)	28 มี.ค.49 (13.00)	29 มี.ค.49 (13.00)
18. คตลอด 25 มี.ค. 49 (16.42)	26 มี.ค.49 (08.30)	26 มี.ค.49 (17.00)	27 มี.ค.49 (17.00)	28 มี.ค.49 (17.00)	29 มี.ค.49 (17.00)	23 มี.ค.49 (17.00)

กิจกรรม Case	ประมาณ 12 ชั่วโมง	ประมาณ 24 ชั่วโมง	ประมาณ 48 ชั่วโมง	ประมาณ 72 ชั่วโมง	ประมาณ 96 ชั่วโมง	ประมาณ 120 ชั่วโมง
19. คลอกด 26 มี.ค. 49 (13.32)	27 มี.ค.49 (08.00)	27 มี.ค.49 (14.00)	28 มี.ค.49 (14.00)	29 มี.ค.49 (14.00)	30 มี.ค.49 (14.00)	31 มี.ค.49 (14.00)
20. คลอกด 26 มี.ค. 49 (17.47)	27 มี.ค.49 (18.30)	27 มี.ค.49 (18.00)	28 มี.ค.49 (18.00)	29 มี.ค.49 (18.00)	30 มี.ค.49 (18.00)	31 มี.ค.49 (18.00)



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจิตรารวรรณ คนเที่ยง เกิดเมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2520 สำเร็จการศึกษาหลักสูตร  
พยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย เมื่อปีการศึกษา 2543 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตร  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลมารดาและทารก) คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2547 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ  
หน่วยทารกแรกเกิด ตึกคัดคนางค์ชั้น 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์



สถาบันวิทยบริการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย